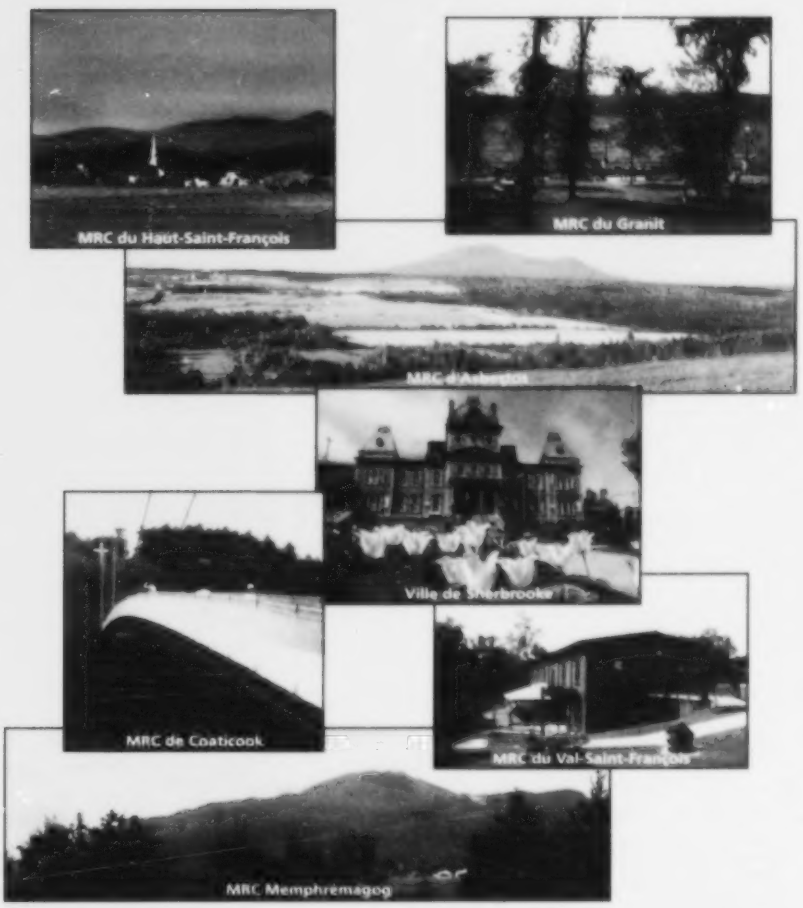
Québec

Rapport annuel
2003-2004



ESTRIE

Agence de développement de réseaux locaux
de services de santé et de services sociaux de l'Estrie

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux

Québec
Estrie

Rapport annuel
2003-2004

Adopté par le conseil d'administration
Le 30 septembre 2004

105-01855/

Table des matières

Avant-propos v

1. Le message du président-directeur général 1

2. La déclaration sur la fiabilité des données 5

3. La description du rôle de l'Agence et l'état général de son fonctionnement 7

3.1 La mission de l'Agence 7
3.2 Le territoire couvert et sa population 7
3.3 Le plan d'organisation et les effectifs de l'Agence 7
3.4 Le nombre d'établissements publics et privés de la région 8
3.5 L'organisation régionale des ressources en santé publique 8
3.6 Les organismes communautaires subventionnés par l'Agence 9
3.7 Le conseil d'administration 9
3.8 La Commission infirmière régionale de l'Estrie : sa composition et ses principales activités 10
3.9 La Commission médicale régionale de l'Estrie : sa composition et ses principales activités 13
3.10 La Commission multidisciplinaire régionale de l'Estrie : sa composition et ses principales activités 14
3.11 Le Département régional de médecine général : sa composition et ses principales activités 16

4. Les activités de l'Agence et des établissements de la région 19

4.1 Les activités de l'Agence 19

4.1.1 La protection des droits des usagers et des usagères 19

4.1.2 Les programmes de santé et de services sociaux 20
4.1.2.1 L'organisation des services à l'enfance, aux jeunes et à la famille 20
4.1.2.2 Les services en déficience physique 21
4.1.2.3 Les services en déficience intellectuelle 21
4.1.2.4 Les services sur les dépendances 22
4.1.2.5 La santé mentale 23
4.1.2.6 Les services aux personnes âgées 24
4.1.2.7 La violence sexuelle et la violence conjugale vécues par les femmes 26
4.1.2.8 Les services préhospitaliers d'urgence, de traumatologie et les mesures d'urgence 27
4.1.2.9 Les unités d'urgence 28
4.1.2.10 La santé physique 29
4.1.2.11 Les services médicaux 30
4.1.2.12 Le plateau technique 30

4.1.3 Les activités de santé publique 31
4.1.3.1 Les maladies infectieuses et la santé environnementale 31
4.1.3.2 La santé au travail 33
4.1.3.3 La surveillance et l'évaluation 34
4.1.3.4 La prévention et la promotion 36

4.1.4 Les activités reliées aux organismes communautaires 43

4.1.4.1 Le respect des règles et des normes de gestion 43
4.1.4.2 Le contrôle de la conformité 43
4.1.4.3 Les organismes communautaires et leurs secteurs d'activités 43

4.1.5 L'accès aux services 44

4.1.6 Les ressources humaines 44
4.1.6.1 La gestion des ressources humaines 44
4.1.6.2 Le développement régional des ressources humaines 45

4.1.7 Les ressources informationnelles 46
4.1.7.1 Les ressources informationnelles régionales 46
4.1.7.2 Le Technocentre régional 47
4.1.7.3 Les ressources informationnelle à l'Agence 47

4.1.8 Les principales acquisitions en immobilisations 48

4.2 Les résultats obtenus par rapport aux objectifs prévus par l'entente de gestion et d'imputabilité 49

4.2.1 Les objectifs de gestion et de services 49
4.2.2 L'objectif de retour à l'équilibre budgétaire 50

5. Les données financières concernant les établissements et les organismes communautaires 51

5.1 Les allocations des ressources financières aux établissements et aux organismes communautaires 51
5.2 Les autorisations d'emprunt 51

6. Les états financiers de l'Agence 53

6.1 L'état des résultats du fonds d'exploitation - activités principales pour l'exercice terminé le 31 mars 54
6.2 L'état des résultats du fonds des activités régionalisées pour l'exercice terminé le 31 mars 54
6.3 Les états des soldes de fonds des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et d'immobilisations pour l'exercice terminé le 31 mars 2004 55
6.4 Les bilans des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et d'immobilisations au 31 mars 55
6.5 Les bilans combinés des fonds affectés au 31 mars 56
6.6 L'état de la provenance et de l'utilisation des fonds affectés pour l'exercice terminé le 31 mars 57
6.7 L'état d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits pour l'exercice terminé le 31 mars 58

6.8 Les notes aux états financiers 58
6.8.1 Note 1 – Constitution, objets et changement de nom 58
6.8.2 Note 2 – Conventions comptables 58
6.8.3 Note 3 – Flux de trésorerie 61

7. Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs 63

Les annexes

Annexe 1 - L'organigramme de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie au 31 mars 2004

Annexe 2 - L'allocation des ressources financières aux établissements et aux organismes communautaires

Annexe 3 - Les activités et les services rendus par les organismes communautaires

Annexe 4 - Les fiches de reddition de compte

Annexe 5 - Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Avant-propos

En vertu des articles 385.7, 385.8 et 391 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le rapport annuel d'une agence doit contenir tous les renseignements que le ministre peut prescrire. Le rapport annuel de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie (Agence) pour 2003-2004 veut donc répondre aux exigences de la loi et du ministère de la Santé et des Services sociaux (Ministère) quant à l'information que celui-ci doit obtenir, conformément aux circulaires 2004-003 et 2004-08.

Enfin, le conseil d'administration de l'Agence tient à souligner la collaboration étroite et soutenue du personnel de l'Agence ainsi que celle des établissements et des organismes communautaires, au maintien et à l'amélioration de la santé et du mieux-être de la population estrienne.

1. LE MESSAGE DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

Une nouvelle loi pour mieux intégrer les services

L'année 2003-2004 s'est déroulée sous le signe du renouveau. En effet, l'élection du Parti libéral comme gouvernement en avril 2003 a insufflé un vent de renouveau dans tout le Québec, particulièrement dans le secteur de la santé et des services sociaux. Le gouvernement nouvellement élu a immédiatement indiqué que ce secteur constituait sa première priorité. Le nouveau ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Philippe Couillard, s'est mis à la tâche et, en novembre 2003, a présenté le projet de loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (projet de loi 25).

Ce projet de loi, adopté en décembre 2003 par l'Assemblée nationale, prévoit la mise en place de réseaux locaux de services. Cette mise en réseau amènera tous les intervenants d'un même territoire à se porter collectivement responsables de la santé et du bien-être de leur population. Cette nouvelle formule profitera à tout le monde, plus spécialement aux clientèles plus vulnérables, comme les personnes âgées en perte d'autonomie, celles qui ont des problèmes de santé mentale, celles qui souffrent de maladies chroniques ou encore les jeunes en difficulté.

Au cœur de chaque réseau se trouvera une « instance locale » chargée de fournir à la population les services de CLSC, les services hospitaliers courants, ainsi que les services d'hébergement et de soins de longue durée. De plus, l'instance locale signera des ententes avec les autres ressources du territoire qui fournissent des services généraux, ou de première ligne : médecins de famille, ressources intermédiaires, familles d'accueil, organismes communautaires, entreprises d'économie sociale et ressources privées.

Dans le cas des services plus spécialisés, des ententes seront conclues avec des établissements à vocation régionale, ou même d'autres régions. Il s'agit essentiellement des centres jeunesse, des centres de réadaptation et des hôpitaux offrant des services spécialisés et sur-spécialisés que l'instance locale ne peut offrir elle-même.

Le projet de loi prévoyait également que des agences de développement de réseaux locaux remplaceraient les régies régionales de la santé et des services sociaux. Ainsi, les régies régionales sont officiellement devenues, le 30 janvier 2004, les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Leur mission première : mettre en place, sur leur territoire, une organisation de services intégrés visant à rapprocher les services de la population et à faciliter le cheminement de toute personne dans le réseau. Par cette intégration, la loi tend à rendre le système plus accessible, plus efficace, plus équitable et, par conséquent, plus apte à répondre aux besoins de la population.

Ainsi, tout en poursuivant les différentes réformes apportées à notre système de santé depuis une trentaine d'années, le projet de loi 25, sanctionné le 18 décembre 2003, marque le début d'une nouvelle période de transition dans l'organisation des services de santé et des services sociaux au Québec.

Des réseaux locaux pour rapprocher les services de la population

Les agences devaient définir et proposer au ministre, au plus tard le 30 avril 2004, un nouveau modèle d'organisation des services basé sur un ou plusieurs réseaux locaux de services de santé et de services sociaux dans leur région. En outre, la loi prévoyait que les agences devaient tenir des consultations, notamment auprès des établissements concernés, du département régional de médecine générale et auprès de la population de son territoire par l'entremise du Forum de la population.

L'Agence s'est mise à la tâche, de concert avec ses partenaires. La Table de concertation établissements-Agence a participé aux travaux depuis leur début et, enfin, le Comité d'orientation du développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux a supervisé et coordonné l'ensemble des travaux.

La démarche de consultation s'est déroulée entre le 20 février et le 28 avril 2004 et a donné lieu au dépôt de 39 avis et mémoires, dont 21 ont été présentés lors d'audiences publiques. Malgré l'expression de certaines réserves et préoccupations, une majorité d'organismes et d'individus ont appuyé les trois éléments de la proposition présentée par l'Agence. Le 28 avril 2004, le conseil d'administration de l'Agence a donc adopté le modèle d'organisation de services pour l'Estrie, soit :

- le maintien des sept territoires locaux actuels en Estrie, celui de la Ville de Sherbrooke et des six MRC périphériques, et la création de sept instances locales;
- l'intégration du CLSC de Sherbrooke à l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke;
- l'exclusion du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke de l'instance locale de Sherbrooke.

De plus, le modèle retenu prévoit que :

- les établissements actuels des six MRC de l'Estrie soient désignés instance locale de chacun de leur territoire respectif;
- le CLSC de Sherbrooke soit intégré à l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke et que cet établissement devienne, après l'intégration, l'instance locale de Sherbrooke.

Le modèle proposé et retenu par le conseil d'administration de l'Agence présente plusieurs avantages et une plus value certaine pour la clientèle et pour l'intégration des services. En effet :

- le maintien des sept territoires actuels, avec la présence de plusieurs sites et points de services, garantit les services de base près du milieu de vie des personnes;
- le découpage actuel respecte les frontières des MRC, les habitudes de consommation des gens et les dynamiques locales;
- la fusion des établissements à mission locale (CLSC, CHSLD et CH) réalisée dans les six MRC a fait ses preuves. Elle permet de mieux centrer les décisions sur l'intérêt des clientèles et d'offrir le meilleur service au meilleur coût possible. L'intégration des missions s'est traduite par un renforcement de la première ligne. Nous croyons qu'il faut continuer en ce sens et supporter les établissements actuels, qui deviendront les instances locales, à aller plus loin vers une meilleure

intégration des services. Après sept ans, on constate moins de duplication, moins de rupture de services et, conséquemment, plus de services;

- par l'intégration du CLSC de Sherbrooke à l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, nous visons les mêmes résultats pour la clientèle de la ville de Sherbrooke. Nous croyons que ce regroupement permettra plus de souplesse dans le développement et l'ajustement d'une gamme de services diversifiés et adaptés aux besoins, non seulement des personnes âgées, mais également des enfants, des jeunes, des familles et des adultes en difficulté.

Au cours de la prochaine année, l'Agence et les sept instances locales de l'Estrie vont travailler de concert en vue de compléter la mise en place des sept réseaux locaux de services.

Dans la nouvelle organisation des services, les sept instances locales vont jouer un rôle primordial pour assurer l'accessibilité, la prise en charge, le suivi et la coordination des services destinés à la population de chaque territoire local. Elles se retrouveront donc au cœur du réseau local de services. Elles en seront le pivot et le moteur principal afin de dispenser de meilleurs services, près des gens, partout en Estrie.

Enfin, rappelons que, dès 1995, la Régie régionale de l'Estrie mettait tout en œuvre pour rapprocher les services de santé et les services sociaux du milieu de vie des gens. La mobilisation des conseils d'administration et des dirigeants des établissements à mission locale (CH, CLSC et CHSLD) autour de projets de fusion dans six MRC et dans la ville de Sherbrooke ainsi que le support à la création de réseaux intégrés de services pour certaines clientèles vulnérables, dont les personnes âgées en perte d'autonomie, sont des exemples de ces efforts fournis par le réseau de la santé et des services sociaux de l'Estrie pour améliorer l'accessibilité et la continuité des services. Le modèle d'organisation retenu par l'Agence correspond donc non seulement aux valeurs et principes du projet de loi 25, mais s'inscrit en parfaite continuité avec l'organisation actuelle.

Des investissements importants en Estrie en 2003-2004

En juin 2003, le Ministère a annoncé au Centre de santé du Granit la réalisation d'un projet de 14 502 000 $ qui sera complété en décembre 2004 et permettra essentiellement d'agrandir le service d'urgence et de réaménager les espaces consacrés aux services diagnostiques, ambulatoires et de courte durée de l'hôpital.

En septembre 2003, le ministre autorisait le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke à se doter d'un appareil pour le traitement des maladies cérébrales utilisant une technologie non invasive d'avant garde appelée gamma knife. Cet appareil unique dans l'est du Canada a été acquis au coût de plus de cinq millions de dollars pour être installé dans le secteur de l'agrandissement actuellement en construction pour l'ajout d'un nouvel accélérateur en radio-oncologie.

De plus, le ministre a annoncé la mise à l'étude de trois projets majeurs en Estrie, soit :

- L'agrandissement et le réaménagement du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke – Hôpital Hôtel-Dieu pour des investissements qui, au global, atteindront plus de 100 millions de dollars. Ce projet, dont l'envergure en fait l'un des plus important au Québec, s'inscrit dans un contexte plus global d'adaptation des deux sites à la vocation d'enseignement, de recherche, de services nationaux, régionaux et locaux. Avec un agrandissement de plus de 17 000 mètres

carrés, ce projet permettra à l'établissement d'optimiser l'organisation et l'accès aux soins et services et de prendre en charge l'augmentation des besoins cliniques de tous les services maintenus sur ce site, pour de nombreuses années à venir. À cette fin, le projet prévoit l'ajout de 48 lits de courte durée, de 24 civières à l'urgence et de 24 places en chirurgie d'un jour.

- La construction d'une nouvelle aile d'une capacité de 144 lits en hébergement de longue durée au Pavillon Argyll de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke au coût de 18,2 millions de dollars. Cette nouvelle construction permettra de relocaliser 144 bénéficiaires actuellement hébergés au Pavillon D'Youville qui, de son côté, verra sa capacité réduite d'autant. Le ministre annonçait par la même occasion un investissement de trois millions de dollars au Pavillon D'Youville, définitivement l'un des plus vétustes au Québec, afin d'optimiser l'aménagement de ce site suite au transfert des bénéficiaires vers le Pavillon Argyll.

- Finalement, le ministre nous a annoncé la mise à l'étude d'un projet majeur au Centre de santé Memphrémagog pour des investissements totalisant près de 20 millions de dollars. Ce projet prévoit le réaménagement de la presque totalité du bâtiment existant ainsi que la construction d'un agrandissement permettant, non seulement de regrouper tous les services du territoire sous le même toit, mais aussi d'ajouter 72 lits en hébergement de longue durée.

Ces travaux totalisant des investissements de plus de 160 000 000 $ devraient être complétés d'ici les cinq prochaines années.

En conclusion

Ce message ne permet pas de témoigner de tout le travail accompli et ne fait que souligner quelques-unes des grandes réalisations de l'année. Vous trouverez dans ce rapport un compte rendu détaillé des mesures adoptées par le conseil d'administration et des projets réalisés par les différents services administratifs de l'Agence afin d'améliorer l'accessibilité et la qualité des services à la population. Notre région a toujours été à l'avant-garde pour innover dans le domaine de la santé et des services sociaux. L'année 2003-2004 s'est inscrite dans cette tradition. Nous désirons remercier tous les partenaires (administrateurs et administratrices, cadres, personnel et bénévoles) des établissements, des organismes communautaires et des autres secteurs tels le municipal, l'éducation, la justice et le secteur socioéconomique qui se sont associés avec nous pour améliorer l'organisation des services et en assurer un meilleur accès pour nos concitoyens et concitoyennes de l'Estrie.

Un merci tout particulier au personnel de l'Agence et aux membres du conseil d'administration pour la difficile tâche de concertation et d'arbitrage qu'ils acceptent d'assumer pour l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

Dr Michel Baron,
Président-directeur général

2. La déclaration sur la fiabilité des données

Les informations contenues dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le rapport et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2003-2004 de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les valeurs et les orientations stratégiques de l'Agence;
- présentent les cibles, les résultats attendus, les indicateurs et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminé le 31 mars 2004.

Dr Michel Baron,
Président-directeur général

3. La description du rôle de l'Agence et l'état général de son fonctionnement

3.1 La mission de l'Agence

L'Agence a pour mission d'identifier les besoins de la population et de s'assurer que des conditions favorables et des mesures efficaces assurent la réponse à ces besoins. Conformément à la loi, l'Agence vise la promotion et l'amélioration de la santé physique et psychosociale de la population estrienne, en tenant compte de l'ensemble des ressources disponibles et en concertation avec tous les partenaires. Elle a notamment pour mission de mettre en place, sur son territoire, une organisation des services de santé et des services sociaux intégrés.

Dans l'accomplissement de sa mission, l'Agence met de l'avant les valeurs suivantes :

- la primauté du citoyen;
- l'équité;
- la transparence;
- la reconnaissance;
- l'utilisation optimale des ressources.

3.2 Le territoire couvert et sa population

En Estrie, le réseau de la santé et des services sociaux couvre un territoire de 10 188 km^2 comprenant six MRC et le territoire de la ville de Sherbrooke. Il dessert une population de 294 058 personnes, sans compter une clientèle hors région qui requiert des ressources correspondant à près de 12 % des hospitalisations effectuées annuellement au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

MRC ou territoire équivalent	Population 2003	Superficie (km^2)
• MRC d'Asbestos	14 534	777,35
• MRC de Coaticook	18 326	1 332,16
• Ville de Sherbrooke	144 719	366,00
• MRC du Granit	22 173	2 731,79
• MRC du Haut-Saint-François	22 208	2 276,95
• MRC du Val-Saint-François	28 588	1 375,85
• MRC de Memphrémagog	43 510	1 327,44

La population pour l'année 2003 est évaluée selon les projections réalisées par l'Institut de la statistique du Québec, en tenant compte de la plupart des changements récents.

3.3 Le plan d'organisation et les effectifs de l'Agence

Les tableaux suivants présentent les effectifs de l'Agence au 31 mars 2004. Il faut cependant noter que les données ne tiennent pas compte des médecins rattachés à la Direction de la santé publique et de l'évaluation. L'organigramme de l'Agence se trouve à l'annexe 1.

Les cadres

Temps complet	Temps partiel		Total	En replacement**
Nb de pers.	Nb de pers.	E.T.C.*		(stabilité d'emploi)
11	1	,07	11,07	1

* *E.T.C. : Équivalent temps complet*
** *En pré-retraite*

Les employés réguliers

Temps complet	Temps partiel		Total	En replacement
Nb de pers.	Nb de pers.	E.T.C.*		(sécurité d'emploi)
101	9	6	107	-

* *E.T.C. : Équivalent temps complet*

Les employés occasionnels

Nombre d'heures rémunérées	Nombre de postes équivalents temps complet
56 099	31

3.4 Le nombre d'établissements publics et privés de la région

Au 31 mars 2004, la population estrienne était desservie par 25 établissements répartis de la façon suivante en fonction de leur mission :

Établissements	Publics	Privés
CLSC	1	
CLSC-CHSLD	3	
CLSC-CH-CHSLD	3	
Centres d'hébergement et de soins de longue durée	1	9
Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse	1	
Centres de réadaptation :		
• santé mentale et toxicomanie	1	
• déficience intellectuelle	2	
• handicapés physiques	1	
• mères en difficulté d'adaptation		1
Centre hospitalier de soins de courte durée (dont un opère une mission CHSLD)	2	

Trois établissements de la région ont une vocation universitaire. Il s'agit du CLSC de Sherbrooke, du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.

3.5 L'organisation régionale des ressources en santé publique

Suite à l'intégration de la Direction de santé publique et de l'évaluation le 19 septembre 1994, l'Agence assume la gestion du programme et des ressources en santé publique.

Les établissements ayant la mission de CLSC offrent majoritairement les services de première ligne en santé publique et ce, en collaboration avec leurs partenaires (médecins, organismes communautaires, Villa Marie-Claire, etc.).

La Direction de santé publique et de l'évaluation se concentre sur les services de support et de conseil pour les services de première ligne de même que sur la dispensation de certains services spécialisés en santé publique. L'année 2003-2004 a permis de réaliser d'importants travaux : d'abord, l'élaboration du Plan d'action régional de santé publique et, ensuite, le soutien à l'élaboration des plans d'action locaux de santé publique. Ces travaux d'envergure ont mobilisé tous les services de la direction.

3.6 Les organismes communautaires subventionnés par l'Agence

La mise en application de la Politique gouvernementale sur l'action communautaire autonome amorcée le 1er avril 2003 a entraîné le rapatriement de certains organismes vers leur ministère d'appartenance avec leur financement de base. Par conséquent, le nombre d'organismes subventionnés dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires a diminué. Dans le cadre de ces mesures, les organismes dont la mission principale était la défense collective des droits ont été rapatriés au Secrétariat à l'action communautaire autonome.

Ainsi, le nombre total d'organismes reconnus dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires en 2003-2004 était de 132. Les 114 organismes financés se sont partagé la somme totale de 10 530 809 $. Le montant alloué aux organismes de promotion et de services à la communauté a été de 8 527 816 $ alors que les organismes de maintien à domicile se sont vus allouer 2 002 993 $ en 2003-2004. On retrouve, à l'annexe 2, la liste complète des allocations relatives au Programme de soutien aux organismes communautaires.

3.7 Le conseil d'administration

D'avril 2003 à janvier 2004, le conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie était composé des seize personnes suivantes :

- Quatre personnes reconnues pour leurs compétences en gestion, représentatives des diverses parties du territoire de la Régie régionale et choisies à partir d'une liste de noms fournie par les organismes socioéconomiques, les municipalités régionales de comté, les municipalités et les membres du Forum de la population.

Mandat de trois ans
- M. Jacques Lemay
- Mme Nicole Dorin, présidente
- M. Pierre Leblond, vice-président
- M. Marc Quessy

- Trois personnes reconnues pour leurs compétences en gestion et leur expérience du milieu de la santé et des services sociaux choisies à partir d'une liste de noms fournie par les établissements de la région, dont une personne issue du domaine social. Comme en Estrie il y a une faculté de médecine, une de ces personnes doit être issue du milieu de la recherche.

Mandat de deux ans
- Mme Agathe Fillion
- M. Alex G. Potter
- Mme Johanne Desrosiers

- Une personne choisie à partir d'une liste de noms fournie par les organismes représentatifs du milieu communautaire.

Mandat de deux ans
- Mme Louise Lévesque

• Une personne choisie à partir d'une liste de noms fournie par les organismes représentatifs du secteur public de l'enseignement.	**Mandat de deux ans** - Mme Christiane Daoust
• Une personne choisie à partir d'une liste de noms fournie par les organismes représentatifs du milieu syndical.	**Mandat de trois ans** - M. Pierre Gendron
• Un membre de la Commission médicale régionale choisi à partir d'une liste de noms fournie par celle-ci.	**Mandat d'un an** - M. Jean Boilard
• Un membre de la Commission infirmière régionale choisi à partir d'une liste de noms fournie par celle-ci.	**Mandat d'un an** - M. Daniel Lussier
• Un membre de la Commission multidisciplinaire régionale choisi à partir d'une liste de noms fournie par celle-ci.	**Mandat d'un an** - M. Michel Tousignant
• Deux personnes reconnues pour leurs compétences en gestion et choisies à partir d'une liste de noms fournie par les membres du conseil d'administration de la Régie régionale.	**Mandat d'un an** - Mme Lise Corbeil-Parenteau - M. Normand Nadeau
• Membre d'office	- M. Yves D'Amboise, secrétaire Président-directeur général

Le 30 janvier 2004, le gouvernement du Québec a aboli les régies régionales et a créé les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Au même moment, il a nommé les membres des conseils d'administration de ces nouveaux organismes. En Estrie, en plus du Dr Michel Baron déjà en poste à titre de président-directeur général, quinze autres membres ont été nommés. Au 31 mars 2004, le conseil d'administration de l'Agence était donc composé des seize personnes suivantes :

- M. Gérald Badger
- Mme Linda Beauchamp-Provencher
- M. Jean Boilard
- Mme Suzanne Boulanger
- Mme Christiane Daoust
- Mme Lise Drouin-Paquette, vice-présidente
- M. Francis Gagnon
- M. Pierre Gendron
- Mme Wendy Lessard Durrant
- Mme Louise Lévesque
- M. Daniel Lussier
- M. Denis Paré, président
- M Alex G. Potter
- M. Marc Quessy
- M. Michel Tousignant
- M. Michel Baron, secrétaire et président-directeur général

3.8 La Commission infirmière régionale de l'Estrie : sa composition et ses principales activités

Au 31 mars 2004, la Commission infirmière régionale de l'Estrie était composée des personnes suivantes :

Membres votants - mandat de trois ans se terminant à l'automne 2004

Mme France Leblanc	Représentante des cégeps Programme de soins infirmiers Collège de Sherbrooke
Mme Nathalie Léonard, secrétaire	Infirmière désignée par le président-directeur général de l'Agence
M. Daniel Lussier	Membre du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers CLSC de Sherbrooke
Mme Sylvie Pépin	Membre du comité d'infirmières et infirmiers auxiliaires CLSC de Sherbrooke
Mme Ginette Provost	Représentante du programme universitaire de sciences infirmières Université de Sherbrooke
Mme Colette Rancourt	Membre du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers Carrefour santé du Granit
Mme Marie Trousdell	Gestionnaire des soins infirmiers Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

Membres votants - mandat de trois ans se terminant à l'hiver 2007

Mme Monique Bourque	Infirmière praticienne Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Mme Pierrette Couture	Membre du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers Centre de santé Memphrémagog
Mme Johanne Dubreuil	Membre du comité exécutif du conseil des infirmières et infirmiers Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Mme Danielle Lareau	Gestionnaire de soins infirmiers Centre de santé Memphrémagog

Membres observateurs - mandat de deux ans se terminant à l'hiver 2006

Mme Johanne Turgeon	Directrice de l'organisation des services et des ententes de gestion Agence
Mme Denyse Vincent	Infirmière CLSC – CHSLD du Haut-St-François

Membres observateurs - mandat d'un an se terminant à l'hiver 2005

Mme Joanne Faucher	Infirmière Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
M. Alain Gagné	Infirmier Centre de santé de la MRC de Coaticook

La Commission infirmière régionale de l'Estrie constitue un lieu de consultation et de concertation de première importance, tant par la nature de ses fonctions que par la diversité de sa composition. Elle est formée d'infirmières et d'infirmiers représentant différents milieux de pratique et d'établissements de la région.

Les mandats qui l'interpellent sont :

- de donner son avis sur l'organisation, la distribution et l'intégration des soins infirmiers dans la région et sur la planification de la main-d'œuvre infirmière, à la lumière des plans régionaux d'organisation des services visés à l'article 347 de la Loi;
- de donner son avis sur certaines questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la région qui impliquent les soins infirmiers;
- de donner son avis sur les approches novatrices de soins et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population;
- d'exécuter tout autre mandat que lui confie le conseil d'administration et de lui faire rapport périodiquement.

Au cours de l'année 2003-2004, soit sa troisième année de fonctionnement, la Commission infirmière a tenu quatre assemblées ordinaires et trois assemblées extraordinaires. Parmi ses principales activités, mentionnons :

- le suivi du plan d'action sur la planification de la main-d'œuvre en soins infirmiers;
- un appel de candidatures pour les membres dont le mandat est venu à échéance en cours d'année et pour les vacances à combler;
- la formulation d'un avis sur le plan régional d'organisation des services pour l'intervention médico-sociale auprès des victimes d'agression sexuelle en Estrie;
- le suivi des travaux liés à la démarche régionale de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

3.9 La Commission médicale régionale de l'Estrie : sa composition et ses principales activités

Au 31 mars 2004, la Commission médicale régionale de l'Estrie se composait des personnes suivantes :

Membres votants

M. Éric Anctil	Médecin spécialiste, CHUS
M. Yves Arcand	Médecin omnipraticien
Mme Louise Baril	Médecin omnipraticien
M. Serge Béliveau, vice-président	Médecin omnipraticien
M. André Carpentier	Médecin spécialiste, CHUS
M. Pierre Cossette	Médecin spécialiste, CHUS
M. Paul Farand	Médecin résident, CHUS
M. Claude Hémond	Médecin omnipraticien
M. Michel Nguyen, président	Médecin spécialiste, CHUS
M. François Plante	Médecin spécialiste, CHUS

Membres observateurs

M. Denis Deschâtelets-Morisson	Médecin spécialiste, CHUS

Membres d'office

M. Michel Baron	Président-directeur général Agence
Mme Ginette Dorval	Directrice de la santé publique et de l'évaluation Agence
M. Philippe Lamontagne, secrétaire	Directeur des affaires médicales et universitaires Agence

En raison des remaniements à la Direction des affaires médicales et universitaires ainsi qu'au changement de président-directeur général de l'Agence, la Commission médicale régionale a été inactive au cours du second semestre de 2003.

En 2004, la Commission a siégé à trois reprises. Ses travaux ont consisté principalement à :

- la formulation d'un avis sur la composition des instances locales en Estrie;
- la formulation d'un avis sur le projet d'organisation des services psychiatriques destinés aux clientèles atteintes de troubles mentaux sévères et persistants en Estrie;
- la formulation d'un avis sur le Plan régional des effectifs médicaux 2004 en spécialité.

3.10 La Commission multidisciplinaire régionale de l'Estrie : sa composition et ses principales activités

Au 31 mars 2004, la Commission multidisciplinaire régionale de l'Estrie était composée des personnes suivantes :

Membres votants - mandat de trois ans se terminant à l'automne 2004

M. Jasmin Audet, président	Gestionnaire du domaine de la réadaptation et des domaines de la santé Le regroupement CNDE / Dixville
M. Jean-Guy Bellerose	Professionnel du domaine social Centre jeunesse de l'Estrie
Mme Andrea Drumheller	Représentante des facultés et écoles d'enseignement universitaires dans les domaines sociaux Université Bishop's
M. Guy Lemire, vice-président	Représentant des cégeps de la région Collège de Sherbrooke
Mme Johanne St-Cyr	Professionnelle du domaine de la réadaptation et des domaines de la santé Centre de réadaptation Estrie
Mme Carolyn Vincent Jones	Professionnelle du domaine de la réadaptation et des domaines de la santé CLSC de Sherbrooke

Membres votants - mandat de trois ans se terminant à l'hiver 2007

Mme Suzanne K. Bédard	Personne des domaines techniques Centre de recherche clinique Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
M. Robert Bellefleur	Professionnel du domaine social Centre de santé du Granit
Mme Karine Guillemette	Personne des domaines techniques Institut universitaire de gériatrie de Sherbooke
Mme Thérèse Leroux	Personne des domaines techniques Carrefour de la santé et des services sociaux du Val Saint-François
Mme Carolle Marcoux	Gestionnaire du domaine social Centre de santé Memphrémagog
M. Michel Tousignant	Représentant des facultés et écoles d'enseignement universitaires dans les domaines de la santé Université de Sherbrooke
Mme Johanne Turgeon, secrétaire	Personne désignée par le président-directeur général de l'Agence

Membres observateurs - mandat d'un an se terminant à l'hiver 2005

Mme Marie-Andrée Dupont	Coordonnatrice Regroupement des organismes communautaires de l'Estrie
Mme Andrée Duquette	Gestionnaire du domaine social Centre de santé de la MRC de Coaticook
Mme Nathalie Léonard	Coordonnatrice à la Direction de l'organisation des services et des ententes de gestion Agence
Mme Nicole Veilleux	Adjointe à la Direction des services professionnels Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke

La Commission multidisciplinaire régionale de l'Estrie constitue également un lieu de consultation et de concertation de première importance, tant par la nature de ses fonctions que par la diversité de sa composition. Elle est formée de personnes représentant différents milieux de pratique et d'établissements de la région dans les domaines de la réadaptation et de la santé ainsi que du domaine social.

Les mandats qui l'interpellent sont :

- de donner son avis sur l'organisation, la distribution et l'intégration des services dans la région et sur la planification de la main-d'œuvre, à la lumière des plans régionaux d'organisation des services visés à l'article 347 de la loi;
- de donner son avis sur certaines questions relatives à l'accessibilité et à la coordination des services dans la région;
- de donner son avis sur les approches novatrices de services et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population;
- d'exécuter tout autre mandat que lui confie le conseil d'administration et de lui faire rapport périodiquement.

Au cours de l'année 2003-2004, soit sa troisième année de fonctionnement, la Commission multidisciplinaire a tenu quatre assemblées ordinaires et deux assemblées extraordinaires. Parmi ses principales activités, mentionnons :

- la formulation d'un avis sur le plan d'organisation régional 2003-2006 pour les personnes présentant une déficience physique;
- la formulation d'un avis sur le modèle d'organisation des services pour l'intervention médico-sociale auprès des victimes d'agression sexuelle en Estrie;
- un appel de candidatures pour les membres dont le mandat est venu à échéance en cours d'année et pour les vacances à combler;
- le suivi des travaux liés à la démarche régionale de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

3.11 Le Département régional de médecine générale : sa composition et ses principales activités

Au 31 mars 2004, le comité de direction du Département régional de médecine générale était composé des personnes suivantes :

Membres élus

M. Donald Delisle	Médecin omnipraticien, catégorie cabinets privés
M. Bernard Frenette	Médecin omnipraticien, catégorie MRC hors Sherbrooke
Mme Suzanne Turcotte *(chef intérimaire de janvier à juin 2004)*	Médecin omnipraticienne, catégorie CLSC

Membres nommés

Mme Danielle Blais	Médecin omnipraticienne, CLSC-CHSLD du Haut-St-François
M. Denis Blanchard	Médecin omnipraticien, Centre de santé de la MRC d'Asbestos
M. Robert Cloutier	Médecin omnipraticien, Centre de santé Memphrémagog
Mme Ginette Dorval	Directrice de la santé publique et de l'évaluation Agence
Mme Martine Jeanrenaud	Médecin omnipraticienne, CHSLD
Mme Suzanne Lamontagne	Médecin omnipraticienne, Carrefour de la santé et des services sociaux du Val Saint-François
Mme Jeannette Scandar	Médecin omnipraticienne, Centre de santé du Granit
Mme Raymonde Vaillancourt	Médecin omnipraticienne, CHUS

Membre d'office

M. Michel Baron	Président-directeur général Agence

Personne-ressource

M. Philippe Lamontagne	Directeur des affaires médicales et universitaires Agence

Au cours de l'année 2003-2004, le Département régional de médecine générale a tenu dix assemblées ordinaires.

Voici les différents comités du Département ainsi que leurs réalisations :

Le comité de direction

- Activités médicales particulières :
  - portrait des besoins en activités médicales particulières (établissements et première ligne);
  - définition de la liste des activités médicales particulières (six groupes);
  - instances locales (formulation d'un avis);
  - application des règles (cohortes A et B).

- Plan régional des effectifs médicaux :
  - application des règles soumises par le Ministère.

Le comité « groupe médecine de famille »

- Élaboration de sept projets de groupe de médecine de famille :
  - quatre projets sont accrédités (Sherbrooke);
  - un projet est en attente d'accréditation (Sherbrooke);
  - deux projets seront soumis pour accréditation (Coaticook et Magog).

- Choix d'un outil informatique régional concernant le volet « résultat de laboratoire ».

- Planification de l'offre de service médicale régionale (ex.: partage des services médicaux sans rendez-vous aux heures défavorables).

Le comité « personnes âgées »

- Mise sur pied d'un troisième réseau de garde en soins à domicile à Sherbrooke.

- Membres délégués :

  - Mme Francine Gendron : poursuite des travaux concernant l'arrimage des services externes du Centre jeunesse de l'Estrie et des services médicaux.

  - Mme Natasha Bird : poursuite des travaux sur l'organisation des services psychaitriques destinés aux troubles mentaux sévères et persistants.

  - M. Michel Brouillet : nouvellement nommé, il travaille à la réorganisation des services de première ligne destinés aux clientèles jeunesse prioritairement en rapport avec la pédopsychiatrie.

4. Les activités de l'Agence et des établissements de la région

4.1 Les activités de l'Agence

4.1.1 La protection des droits des usagers et des usagères

Pour l'année 2003-2004, l'Agence a traité sept plaintes, toutes conclues durant l'exercice.

Les plaintes à l'endroit d'un organisme communautaire ou des services préhospitaliers

Au chapitre des plaintes formulées en première instance, on retrouve cinq plaintes à l'endroit d'organismes communautaires et une plainte relative aux services préhospitaliers d'urgence.

Les plaintes à l'endroit d'une fonction de l'Agence

Cette année, une plainte portait sur les fonctions de l'Agence concernant l'organisation et le financement des services aux enfants ayant une déficience physique.

Les plaintes traitées par la Protectrice des usagers

Depuis l'entrée en vigueur, le 1er avril 2002, de la Loi sur le Protecteur des usagers, le deuxième palier du régime de protection des droits est exercé directement par la Protectrice des usagers. Pour l'année 2003-2004, aucune plainte traité par l'Agence n'a fait l'objet d'un examen au deuxième palier.

L'information et les droits

L'Agence a aussi traité 84 demandes d'assistance des usagers. Il s'agit de demandes d'examens portées prématurément à l'attention de l'Agence et qui sont acheminées à l'établissement pour un traitement en première instance, de demandes qui ne visent pas la compétence de l'Agence (aide sociale, assurance-maladie, régie du logement, etc.) et enfin de conseils et de support en matière de protection des droits des usagers.

La personne responsable de la gestion des plaintes a aussi reçu onze signalements concernant des résidences privées. Il s'agit là d'une collaboration attendue dans le cadre de référence du Protocole de traitement des plaintes en résidences privées d'hébergement.

Les citoyens et les citoyennes s'adressent de plus en plus souvent à l'Agence pour obtenir des informations relatives à l'organisation et à la dispensation des services de santé et des services sociaux. D'avril 2003 à mars 2004, plus de 950 demandes de renseignements ont été traitées.

De plus, la création d'un site Internet a permis la diffusion d'informations à une clientèle variée. Pour les six premiers mois de l'année, on compte plus de 4 500 visites du www.santeestrie.qc.ca/agence.

4.1.2 Les programmes de santé et de services sociaux

4.1.2.1 L'organisation des services à l'enfance, aux jeunes et à la famille

Le suivi de l'accessibilité aux services du Centre jeunesse de l'Estrie

L'entente de gestion entre le Centre jeunesse de l'Estrie, l'Agence et le Ministère visant des listes d'attente à zéro et un taux d'engorgement à zéro en centre de réadaptation a fait l'objet d'un suivi régulier. Les cibles relatives aux listes d'attente n'ont pas été atteintes mais celle relative à l'engorgement en centre de réadaptation l'a été. Plus de détails sont disponibles en annexe.

La stratégie d'action pour les jeunes en difficulté

Les mesures de la stratégie d'action démarrées l'an dernier ont été consolidées :

- La formation à l'utilisation du protocole d'évaluation des jeunes en troubles de comportements, élaborée par le Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance de l'Université de Sherbrooke, a été donnée au personnel professionnel des CLSC et du Centre jeunesse de l'Estrie. Deux jours de formation ont également été offerts aux partenaires de notre réseau dans ce dossier : les équipes d'adaptation scolaire des commissions scolaires de l'Estrie.

- Un montant non récurrent de 60 000 $ a été alloué aux CLSC de l'Estrie pour préciser les activités cliniques qui composeront leur offre de service en troubles du comportement. Le dépôt du rapport est prévu pour décembre 2004.

- Les travaux de concertation entre les CLSC de l'Estrie visant l'implantation d'une politique et d'un protocole de plans d'intervention dans les équipes enfance-jeunesse-famille sont terminés. Une formation est prévue pour l'automne 2004.

- Le Centre de santé Memphrémagog a mis en place l'équipe d'intervention jeunesse. Le coordonnateur de l'équipe et les agents de liaison ont analysé la situation de 49 jeunes et neuf plans de services individualisés ont été rédigés.

- La mise en place de l'entente MSSS-MEQ pour le volet « adaptation sociale et scolaire » s'est poursuivie. Les comités locaux et les comités cliniques se sont rencontrés tout au long de l'année. Le comité régional a élaboré un plan d'action qui a été adopté par les directeurs généraux des commissions scolaires, des CLSC, du Centre jeunesse de l'Estrie ainsi que par le président-directeur général de l'Agence.

- Un montant de 209 753 $ a été alloué au Centre jeunesse de l'Estrie et à l'organisme de justice alternative Le pont pour qu'ils puissent assumer, dès le 1er avril 2003, la mise en application de la nouvelle Loi sur la justice pénale pour les adolescents.

- Un montant de 26 418 $ a été réservé pour soutenir l'implantation des lignes directrices du Collège des médecins et de l'Ordre des psychologues en regard des services aux jeunes présentant un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité. À cet effet, des travaux réunissant les CLSC, le Département régional de médecine générale, les services de pédopsychiatrie et de pédiatrie du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, de même que la Direction régionale du ministère de l'Éducation, ont été amorcés.

4.1.2.2 Les services en déficience physique

Un plan d'action triennal en déficience physique

Ce plan d'action régional a été sanctionné par le conseil d'administration de la Régie régionale de l'Estrie en octobre 2003. Dès lors, l'actualisation de divers objectifs prévus pour la première année a été entreprise, notamment : l'implantation d'une unité de réadaptation fonctionnelle intensive placée sous l'égide du centre de réadaptation en déficience physique, le développement d'une ressource de transition et de ressources alternatives à l'hébergement, la consolidation de l'offre de services spécialisés de réadaptation et de leur accès et l'amélioration de la liaison avec la première ligne pour toutes les clientèles ayant une déficience physique (auditive, visuelle, motrice, langage et parole).

Le Comité directeur en déficience physique a assumé le suivi du plan d'action incluant la production d'un bilan des résultats obtenus au terme de cette première année.

Une répartition budgétaire en déficience physique

Un montant de 300 612 $, alloué par le Ministère sur une base non récurrente, est devenu récurrent pour l'année 2003-2004. Ce budget était destiné à des services de soutien à la personne et à la famille, à des services spécialisés de réadaptation, à des services d'évaluation aux fins d'adaptation du domicile, à des programmes d'aides techniques en CLSC ainsi qu'à des organismes communautaires.

Une somme de 47 885 $ (annualisée à 114 923 $) a aussi été octroyée en vue d'augmenter le nombre d'enfants dysphasiques desservis. Cette allocation a fait l'objet d'un suivi de gestion ministériel.

4.1.2.3 Les services en déficience intellectuelle

Un plan d'action triennal en déficience intellectuelle

Le plan d'action régional élaboré par le Comité directeur en déficience intellectuelle a été adopté en mai 2003 par le conseil d'administration de la Régie régionale de l'Estrie. La réalisation d'un ensemble d'objectifs identifiés pour la première année, à titre de contribution aux priorités ministérielles, a été amorcée, notamment : la mise à jour des protocoles et des modalités de référence entre les CLSC de notre région et le centre de réadaptation en déficience intellectuelle et la réalisation de la dernière phase de la désinstitutionnalisation de personnes hébergées.

Une répartition budgétaire en déficience intellectuelle

Un montant de 288 344 $, alloué par le Ministère sur une base non récurrente, est devenu récurrent pour l'année 2003-2004. Ce budget visait à rehausser l'offre de services spécialisés de soutien à la personne, de services sociorésidentiels et socioprofessionnels ainsi que le répit-dépannage.

Un modèle d'organisation de services pour les personnes présentant un trouble envahissant du développement

Un modèle d'organisation de services, élaboré par un groupe de travail, comportant un partage des rôles et des responsabilités des partenaires du réseau de la santé et des services, a été adopté par le conseil d'administration de la Régie régionale de l'Estrie en octobre 2003. Par la suite, un plan de mise en oeuvre a été déployé comprenant, notamment : la mise en place d'un service régional d'accès aux services destiné à cette clientèle, l'élaboration de protocoles de liaison interétablissements, l'identification d'instruments d'évaluation, la sensibilisation et la formation du personnel concerné.

Une répartition budgétaire pour les personnes présentant un trouble envahissant du développement

Un montant de 412 078 $ a été alloué par le Ministère en vue de sécuriser certaines sommes déjà consenties en 2002-2003 et de développer une offre de service à cette clientèle (tous les groupes d'âge) et ce, en fonction de cibles nationales et régionales devant faire l'objet d'un suivi de gestion systématique tout au long de l'année. Ce suivi de gestion devait être fait à partir d'indicateurs tels que : le nombre d'enfants âgés de 0 à 5 ans bénéficiant d'un service d'intervention comportementale intensive, les montants versés pour des activités de répit et de gardiennage à titre de mesures de soutien à la famille, la consolidation de l'offre de services d'ergothérapie et d'orthophonie, l'implantation du service régional d'accès aux services spécialisés et de protocoles de liaison interétablissements.

4.1.2.4 Les services sur les dépendances

L'alcoologie et la toxicomanie

En juillet 2003, une allocation budgétaire récurrente de 96 500 $ a été accordée au Centre Jean-Patrice-Chiasson / Maison Saint-Georges pour que l'établissement se dote de trois places d'hébergement pour les jeunes de moins de 18 ans nécessitant des services en toxicomanie avec hébergement.

Dans le même dossier, un protocole précisant la trajectoire de services en toxicomanie a été signé entre le Centre jeunesse de l'Estrie et le Centre Jean-Patrice-Chiasson / Maison Saint-Georges en mars 2004. De plus, les ressources d'hébergement avec une mission supra-régionale ont été rencontrées afin d'établir des ententes précises sur les modalités de référence et de suivi des jeunes de la région fréquentant les ressources.

Un financement récurrent annualisé à 130 000 $ a été octroyé au Centre Jean-Patrice-Chiasson / Maison Saint-Georges pour la clinique méthadone.

Un événement régional intitulé « Journée des partenaires » a réuni plus de 130 partenaires régionaux issus des CLSC, des centres d'hébergement et de soins de longue durée, des centres jeunesse, des milieux scolaires, des organismes communautaires, du centre de réadaptation en toxicomanie, etc. La journée organisée par l'Agence, en collaboration avec le Groupe de recherche du RISQ (Recherche et Intervention sur les substances psychoactives), a permis de diffuser les résultats des recherches les plus récentes dans le

domaine et de faire connaître les enjeux régionaux du partenariat et l'intervention en réseau dans le champ de la toxicomanie.

Des travaux régionaux se sont poursuivis pour une prise en charge intégrée et subordonnée des clients avec l'hépatite C et les toxicomanes actifs. Les établissements concernés prévoient terminer sous peu une trajectoire de services et l'implanter en 2004-2005.

Le jeu pathologique

Les priorités d'action en Estrie ont été mises à jour en 2003-2004 et l'implantation des services s'est poursuivie.

Pour rejoindre l'entourage des joueurs pathologiques, la Direction de santé publique et de l'évaluation a tenu une conférence de presse avec les partenaires concernés et a réalisé la conception et la diffusion d'un dépliant sur le jeu pathologique et les services à l'entourage.

Un montant de 110 000 $ a été versé au Centre Jean-Patrice-Chiasson / Maison Saint-Georges pour la consolidation et l'enrichissement du programme de traitement des joueurs pathologiques.

Les organismes communautaires qui reçoivent du financement spécifique pour l'aide-entraide aux proches de joueurs (qui ne sont pas en traitement) ont reçu de la formation sur le jeu pathologique pour supporter leur implication.

L'Agence de l'Estrie s'est associée à celle de la Mauricie – Centre-du-Québec pour une campagne télévisée en vue de rejoindre les joueurs pathologiques et faire connaître les services.

4.1.2.5 La santé mentale

L'ensemble des travaux se situe dans la poursuite de l'implantation du Plan de transformation des services de santé mentale en Estrie adopté en octobre 2001. Un effort important a aussi été fourni pour permettre un suivi de gestion plus efficace dans ce dossier.

Un réseau intégré de services

Les travaux ont surtout été concentrés cette année sur les étapes préalables à la mise en réseau intégré de services pour les clientèles aux prises avec des troubles mentaux graves et persistants, qui présentent un niveau d'invalidité nécessitant le soutien important de notre réseau de soins et de services.

Pour être en mesure de soumettre à la consultation, à l'automne 2004, une proposition de modèle d'organisation de services appropriée, les partenaires institutionnels ont participé à une opération de dénombrement des clientèles visées et à un inventaire des ressources actuellement disponibles pour répondre aux multiples besoins de ces personnes, incluant les besoins en hébergement. Compte tenu de la nécessité de mieux articuler, dans un premier temps, les ressources de notre réseau public, un comité de coordination du réseau intégré en santé mentale, constitué de représentants des médecins de famille, des psychiatres et des établissements concernés, contribue activement à ces travaux. Les représentants des personnes utilisatrices, des organismes communautaires et des partenaires intersectoriels seront bientôt associés à la démarche.

La réponse aux besoins des jeunes avec troubles mentaux

Le développement d'une offre de services spécifiques en première ligne pour les jeunes qui présentent des troubles mentaux diagnostiqués ou en voie de l'être devient incontournable afin de désengorger la liste d'attente pour évaluation ou traitement en pédopsychiatrie, où sont orientées des clientèles qui ne nécessitent pas ce niveau de services spécialisés. Des travaux sont en cours pour préciser la contribution attendue des partenaires concernés par cette problématique, associer les médecins de famille et établir des mécanismes de support, de liaison et de référence efficaces.

La réponse aux besoins des clientèles en situation de crise et de leurs proches

La mise en réseau des services dédiés à l'intervention en situation de crise se poursuit. L'intégration des services entre JEVI Centre de prévention du suicide et Urgence-Détresse pour assurer l'accessibilité 24 heures par jour, sept jours par semaine aux services téléphoniques et sur le terrain dans le cas de problématiques suicidaires s'avère, à ce jour, un choix efficient. Par ailleurs, l'offre de service de l'urgence psychiatrique régionale du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et son maillage avec les ressources du milieu doivent être améliorés. À cette fin, un profil des clientèles psychiatriques et psychosociales qui utilisent ce service a été produit à l'été 2003 et permet d'identifier des pistes de solutions pour améliorer la qualité et la continuité des services.

4.1.2.6 Les services aux personnes âgées

Au cours de l'année 2003-2004, les activités ont porté sur les principaux éléments suivants :

L'hébergement en milieu de vie substitut

- ***Les centres d'hébergement et de soins de longue durée***

La diffusion des orientations ministérielles sur la qualité des milieux de vie pour les personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée a contribué à amorcer les démarches de rédaction d'un plan d'action régional 2004-2007 qui a été soumis à la consultation.

- ***La clientèle en attente de transfert***

Afin de mieux répondre aux besoins des clientèles en attente de transfert dans les lits du Centre hospitalier universitaire de santé de Sherbrooke, la Politique régionale concernant la prise en charge de la clientèle en attente de transfert de la courte durée vers l'hébergement a été améliorée en avril 2003. En effet, plusieurs personnes en attente d'une place ou d'un lit d'hébergement n'obtenaient pas le type de soins et de services adaptés à leur condition, étant donné un problème très critique d'engorgement des lits de courte durée.

L'application des diverses mesures visées dans la politique a grandement contribué à améliorer la situation, tout particulièrement pour la clientèle de la ville de Sherbrooke. Au 3 avril 2003, au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, il y avait 45 personnes en attente de transfert pour un centre d'hébergement et de soins de longue durée, l'unité de

courte durée gériatrique ou l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive, alors qu'il y en avait 21 au 31 mars 2004. La moyenne hebdomadaire était de 30 personnes et ce, variant entre 19 et 50.

De plus au 3 avril 2003, 21 personnes étaient en attente depuis plus de dix jours, comparativement à seulement trois au 31 mars 2004.

- ***Les ressources intermédiaires et de type familial***

Dans le cadre de la réorganisation de la gouverne pour les personnes âgées de la ville de Sherbrooke, le CLSC de Sherbrooke a pris la relève du CHSLD Estriade dans la gestion des ressources intermédiaires et de type familial. Ce changement de responsabilité a favorisé l'implantation, au CLSC, de la nouvelle version du système d'information clientèle (SIRTF – W3) sur les personnes hébergées en ressources intermédiaires ou en ressources de type familial.

- ***Les résidences pour personnes âgées***

Les modifications législatives ont contribué à mettre à jour des données pour constituer un registre régional des résidences pour les personnes âgées. Une mise à jour annuelle des informations est prévue.

Le réseau intégré de services pour les personnes âgées en perte d'autonomie

- ***Le bilan et les perspectives des réseaux intégrés de services pour les personnes âgées***

Les travaux concernant la mise en réseau de services pour les personnes âgées évoluent depuis plusieurs années. Une journée régionale de travail a été organisée sous le thème « Bilan et perspectives des RISPA ». Ce forum a été un lieu d'échange, de réflexion et d'information sur les pratiques actuelles, plus particulièrement en lien avec la gestion de cas, la protection des renseignements personnels et les défis à relever dans les années à venir. Quatre-vingt-seize personnes y ont participé.

- ***L'outil d'évaluation multiclientèle***

Conformément aux orientations ministérielles, l'implantation de la version modifiée de l'outil d'évaluation multiclientèle a été réalisée en 2002-2003. Cependant, le processus de formation concernant la formation initiale ou de mise à niveau a été complété en 2003-2004. Quatre cent vingt-neuf personnes ont été formées. De plus, deux nouvelles formatrices régionales sont accréditées, ce qui porte le nombre total à dix-huit.

Dans le cadre de l'évaluation annuelle des clientèles hébergées, dix-sept personnes ont reçu une formation de mise à niveau sur le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). Ces personnes agissent comme multiplicateurs dans leurs milieux.

- ***La protection des renseignements personnels dans le contexte d'un réseau intégré de services***

Le partage d'information à partir du consentement de l'usager constitue un enjeu important dans le cadre de la mise en réseau de services. Cette année, 25 personnes (soit des nouvelles personnes gestionnaires de cas et du personnel professionnel), toute discipline confondue, ont participé à la formation. De plus, quinze archivistes de la région impliquées dans la mise en réseau ont également participé à un forum sur le même sujet.

- ***Le dossier clinique informatisé partageable***

Le Système d'information géronto-gériatrique (SIGG) est déjà déployé dans six territoires sur sept et ce, en lien avec les établissements régionaux. Un total de 1 289 dossiers sont ouverts. Au cours de l'année, cinq protocoles d'échange et d'utilisation des renseignements personnels ont été signés entre les établissements responsables de la mise en réseau de services et leurs partenaires.

- ***Les profils ISO-SMAF (système de mesure de l'autonomie fonctionnelle)***

L'évaluation annuelle des clientèles hébergées en centres d'hébergement de soins de longue durée, en ressources intermédiaires et en ressources de type familial a été réalisée pour une troisième année. Les résultats permettent de soutenir l'organisation de services et la budgétisation. En plus du profil 10 qui avait été identifié comme seuil d'admissibilité en centres d'hébergement de soins de longue durée (en novembre 2002), l'analyse des résultats 2003-2004 a permis d'identifier le profil 5 comme étant le profil d'admissibilité en ressources intermédiaires. Les résultats démontrent que 64 % des usagers en centres d'hébergement de soins de longue durée ont un profil de 10 et plus. Le profil moyen des usagers admis en centre d'hébergement de soins de longue durée est de 10,4 tandis que le profil moyen des usagers hébergés est de 11,2. Le taux de roulement en centres d'hébergement de soins de longue durée se situe à 42,9 %.

- ***Le Vérificateur général du Québec***

Un plan d'action régional a été élaboré, en concertation avec les établissements concernés, suite à la publication du rapport du Vérificateur général du Québec concernant les services d'hébergement offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie. On y retrouve une série d'actions visant à apporter les correctifs demandés.

4.1.2.7 La violence sexuelle et la violence conjugale vécues par les femmes

La violence sexuelle

Un comité de travail intersectoriel a été mis sur pied suite à la diffusion du plan d'action sur les orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle. Les travaux du comité ont permis d'analyser la situation estrienne et d'élaborer un modèle d'organisation de services pour l'intervention médico-socio-judiciaire auprès des victimes d'agression sexuelle et de leurs proches. Ce modèle d'organisation de services permet d'actualiser, pour notre région, trois mesures gouvernementales priorisées par le Ministère afin d'améliorer les services aux victimes d'agression sexuelle.

Le modèle d'organisation de services a été adopté lors de la rencontre des membres du conseil d'administration de l'Agence en avril dernier. On y précise le rôle et les mandats des organismes intervenant dans cette problématique et le cheminement des victimes selon leurs besoins, leur sexe et leur âge.

Aussi, un centre désigné pour l'Estrie a été mis en place au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et est au coeur de l'organisation des services pour l'intervention médico-socio-judiciaire, intervention privilégiée par le Ministère.

La violence conjugale vécue par les femmes

Des allocations supplémentaires augmentant le financement de base des maisons d'hébergement pour les femmes victimes de violence conjugale et de leurs enfants ont été allouées à ces ressources afin de permettre une intervention spécifique auprès des enfants témoins de violence conjugale. De plus, les centres de femmes de l'Estrie ont vu leur financement de base augmenté afin de consolider leurs activités en lien avec la problématique de la violence conjugale.

4.1.2.8 Les services préhospitaliers d'urgence, de traumatologie et les mesures d'urgence

Les services préhospitaliers d'urgence

Les services ambulanciers du territoire ont effectué 17 383 transports à la suite d'appels de la population et 5 201 transports interétablissements, soit un total de 22 584 transports.

Au cours de l'année 2003-2004, les ressources ambulancières ont assisté à plusieurs sessions de formation, soit sur les mesures d'urgence, sur l'actualisation de l'oxylator (appareil en support à la ventilation), sur l'application du moniteur défibrillateur et, finalement, sur le salbutamol (ventolin) leur permettant d'administrer un médicament en aérosol pour les personnes éprouvant des difficultés respiratoires.

Par ailleurs, à la suite de l'évaluation de la charge de travail des services ambulanciers du Québec, la zone de Magog s'est vue octroyer, en mai 2003, un troisième véhicule et une équipe supplémentaire disponible au point de service, huit heures par jour, cinq jours par semaine, soit du lundi au vendredi. De même, en raison de l'augmentation de leur charge de travail, les ressources ambulancières de Weedon ayant un horaire de faction 8/14 bénéficient, depuis le début de janvier 2004, d'un horaire amélioré 7/14.

De plus, deux nouveaux services de premiers répondants se sont implantés en région, soit la municipalité de Lambton et le Canton de Magog.

Le réseau de traumatologie

Le Comité régional sur les services en soins préhospitaliers et en traumatologie a tenu une rencontre en mai 2003 afin de se préparer à la visite du Groupe-conseil en traumatologie prévue au cours de la prochaine année. De même, l'Agence s'est assurée de la signature d'ententes de corridor de services en traumatologie entre les établissements périphériques de la région et le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

Les mesures d'urgence

Lors de la tenue des Mondiaux Jeunesse 2003, du 9 au 13 juillet 2003, les athlètes de 160 pays et leurs délégations ont été accueillis à Sherbrooke. Ainsi, le réseau de la santé s'est mobilisé avec les partenaires concernés afin d'assurer une réponse adéquate du réseau de la santé advenant un sinistre ou une situation d'urgence pouvant causer préjudice à la santé de la population. Aucun problème majeur n'est survenu et tout s'est bien déroulé lors des Jeux.

4.1.2.9 Les unités d'urgence

Voici quelques informations relatives à l'organisation et à l'accessibilité des services des unités d'urgence sur le territoire de l'Estrie en 2003-2004.

Le Plan de contingence

Tel qu'annoncé dans le rapport 2002-2003, le Centre de coordination nationale des urgences (CCNU) a suggéré de nouvelles orientations quant au maintien de l'allocation relative au plan de contingence. Conséquemment, les allocations 2003-2004 ont été versées en regard des plans d'action des unités d'urgence et non selon l'ancienne appellation des plans de contingence. Ainsi, les activités figurant aux plans d'actions des unités d'urgence visaient l'organisation des services tant à l'unité d'urgence que dans le centre hospitalier ainsi qu'en amont et en aval de l'hôpital.

Les plans d'action locaux et le Plan régional d'organisation des services

Suite à l'adoption du Plan régional d'organisation des services d'urgence par le conseil d'administration de la Régie régionale de l'Estrie le 26 mars 2003, certaines mesures énoncées dans ce dernier ont été mises en place.

L'application de ces mesures s'est traduite, entre autres, par des modifications physiques à l'intérieur de certaines unités d'urgence, par la mise en place de nouvelles organisations de travail et par une révision de l'offre de service et des besoins pour la clientèle en santé mentale.

Les travaux se poursuivent toujours au sein de la Table régionale des chefs d'unités d'urgence. Au cours de l'année 2003-2004, les échanges ont permis de partager certains protocoles et méthodes d'organisation de travail entre les unités d'urgence. De plus, des liens ont été établis entre le réseau de la première ligne (Info-Santé) et les unités d'urgence dans le but de sensibiliser et favoriser le partenariat des acteurs de la première et de la deuxième ligne.

Les groupes de médecine de famille

Le processus d'accréditation et de déploiement de la mise en place des groupes de médecine de famille sur le territoire de l'Estrie est bien amorcé. L'objectif de réalisation pour l'année 2003-2004 est atteint. En cours d'année, trois groupes de médecine de famille ont été accrédités : le Groupe de médecine de famille de Vimy, le Groupe de médecine de famille des Cantons et le Groupe de médecine de famille Plateau Marquette.

4.1.2.10 La santé physique

Le Réseau des maladies pulmonaires obstructives chroniques de l'Estrie

En fonction depuis novembre 2001, ce service régional se veut un réseau ambulatoire de réadaptation ciblant la clientèle atteinte d'une maladie pulmonaire obstructive chronique.

Institué afin de réduire de 30 % le nombre de visites à l'urgence et d'hospitalisations des personnes faisant partie du réseau, les services offerts visent le renforcement des compétences de la personne atteinte et sa famille via des séances d'enseignement associées à un programme de réadaptation respiratoire et de suivi systématique.

Au 31 mars 2004, 312 personnes atteintes étaient inscrites au Réseau des maladies pulmonaires obstructives chroniques de l'Estrie. Sur la base du taux de visites à l'urgence et du taux d'hospitalisations en pourcentage des patients actifs dans le réseau, 25,1 % ont visité l'urgence et 17,5 % ont été hospitalisés. L'objectif fixé a donc été largement atteint et le succès remporté à ce jour est très stimulant à l'égard de la poursuite du déploiement du réseau vers une consolidation et une stabilisation des activités, d'ici 2005.

Le programme d'interventions en maladies cardiaques

L'implantation d'un programme régional de réadaptation et de cliniques d'insuffisance cardiaque a été retenue à notre plan d'action suite aux recommandations du Comité régional en santé cardiovasculaire. Effectivement, les membres de ce comité ont identifié ces mesures comme étant les plus susceptibles d'avoir un impact significatif sur la qualité de vie de la clientèle atteinte ainsi que sur l'utilisation plus judicieuse des services en milieu hospitalier, plus particulièrement les urgences et les hospitalisations.

L'année 2003-2004 a permis de dresser le portrait de la situation sur les maladies cardiovasculaires en Estrie, de déterminer le cadre de référence ainsi que les principaux éléments de programmation de ces services, d'inviter les partenaires à se prononcer sur le sujet et de soutenir financièrement le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et les réseaux locaux. L'année 2004-2005 servira à l'implantation progressive de ces mesures.

Le programme québécois de lutte contre le cancer

Depuis 1998, le Ministère fait de la lutte contre le cancer une de ses priorités. À cet égard, à l'instar des autres régions du Québec, l'Agence remettra son plan d'action en la matière et le conseil d'administration l'adoptera en juin 2004. C'est dans cet esprit que nous avons démarré les travaux au plan régional. L'élaboration d'un état de situation, dont l'objectif vise à établir le portrait régional de l'état de santé et des besoins de la population, des services ou activités dispensés en établissement et dans la communauté ainsi que des activités d'enseignement et de recherche, a été réalisée. La version finale de cet état de situation a été déposée au Ministère en septembre 2003. Le Comité régional de lutte contre le cancer débutera ses travaux visant l'établissement de notre plan régional d'interventions et de services intégrés de lutte contre le cancer à l'hiver 2005.

4.1.2.11 Les services médicaux

Le Plan régional des effectifs médicaux

En omnipratique comme en spécialité, la planification des effectifs médicaux doit tenir compte à la fois des besoins identifiés par différents milieux et des possibilités de recrutement, tel que signifié par le Ministère. Ce contexte difficile rend nécessaire une étroite collaboration entre les différents intervenants. Un processus de planification annuelle est amorcé.

Les MRC en pénurie d'effectifs médicaux

Le Département régional de médecine générale travaille de concert avec les directions de « trois instances locales » pour identifier et mettre en place des mécanismes favorisant l'introduction et la rétention des effectifs médicaux de première ligne.

La crise dans l'accessibilité aux services médicaux urgents

Les problèmes d'effectifs au Pavillon St-Louis du Carrefour de la santé et des services sociaux du Val Saint-François et à l'urgence du Centre de santé de la MRC d'Asbestos ont monopolisé l'attention durant de longs mois en 2004.

Des solutions à court terme ont été apportées au Centre de santé de la MRC d'Asbestos évitant ainsi des fermetures en cours d'été. Malheureusement, au Pavillon St-Louis du Carrefour de la santé et des services sociaux du Val Saint-François, certains quarts de travail ont dû être fermés. Une révision en profondeur concernant ce dernier est en cours (juin à août 2004).

4.1.2.12 Le plateau technique

L'informatisation des laboratoires

Le processus de déploiement du système d'informatisation des laboratoires est en cours pour les secteurs de la biochimie et de l'hématologie. À ce jour, quatre établissements en Estrie utilisent un système informatisé de gestion dans leur laboratoire, soit le Centre de santé de la MRC de Coaticook, le Centre de santé Memphrémagog, le Centre de santé du Granit et le Centre de santé de la MRC d'Asbestos. Selon le calendrier projeté, l'implantation du module de microbiologie sera complétée au cours de l'hiver 2005.

La régionalisation du système du sang

En Estrie, les travaux vont bon train à l'égard des activités nécessaires à cette réalisation. En effet, la signature des ententes entre le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke et les deux centres associés, soit le Carrefour santé du Granit et le Centre de santé Memphrémagog, s'est actualisée. De plus, le Comité de médecine transfusionnelle du Centre hospitalier univesitaire de Sherbrooke est en place et les membres des deux centres associés se sont joints à ce comité.

Enfin, le Système d'information intégré sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance (SIIATH) a été implanté au Carrefour santé du Granit et au Centre de santé Memphrémagog. Le calendrier de déploiement prévoit l'informatisation du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke au cours de l'automne 2004.

L'imagerie médicale

Suite aux recommandations énoncées dans le rapport du Vérificateur général du Québec et afin d'assurer une cohérence avec le projet de numérisation des images en radiologie, il a été convenu que l'Estrie entreprendrait l'élaboration d'un plan régional d'organisation de services en imagerie médicale.

En septembre 2002, les travaux ont débuté, supportés par un comité de travail multidisciplinaire provenant de divers établissements, avec le mandat de présenter les orientations, les plans d'action et les priorités sous forme de plan régional d'organisation de services en imagerie médicale.

En mars 2003, après de nombreuses consultations, le conseil d'administration de la Régie régionale de l'Estrie a convenu d'adopter le Plan régional d'organisation de services. Les travaux d'actualisation débuteront à l'automne 2004.

4.1.3 Les activités de santé publique

4.1.3.1 Les maladies infectieuses et la santé environnementale

La vaccination contre la coqueluche des adolescents

En février 2004, la Direction de santé publique et de l'évaluation et les CLSC de l'Estrie ont procédé à l'implantation du nouveau programme de vaccination contre la coqueluche auprès des adolescents et ont offert activement le vaccin Adacel (vaccin combiné contre la coqueluche, la diphtérie et le tétanos) à l'ensemble des élèves de secondaire III fréquentant une école secondaire en Estrie. En effet, la vaccination contre la coqueluche cessait traditionnellement à l'âge de 7 ans dans les programmes réguliers de vaccination, en raison des effets secondaires des anciens vaccins contre la coqueluche et de la croyance que l'infection était limitée aux enfants plus jeunes, ce qui n'est pas le cas. La disponibilité d'un nouveau vaccin acellulaire causant moins d'effets secondaires et efficace chez les personnes de plus de 7 ans permet maintenant de bonifier le programme de prévention de cette maladie.

À compter de l'automne 2004, la vaccination contre la coqueluche sera intégrée au programme régulier de vaccination des adultes. Le vaccin Adacel pourra donc être offert par l'ensemble des cliniques médicales de l'Estrie au moment des mises à jour en vaccination.

Le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)

Le printemps 2003 a été marqué par l'alerte mondiale déclenchée par l'Organisation mondiale de la santé sur ce nouveau syndrome viral qui a pris naissance en Chine et affecté plusieurs pays, particulièrement le Canada via la région de Toronto jusqu'en juin 2003. En Estrie, comme dans l'ensemble des régions du Québec, les activités de santé publique ont

été au cœur de nombreuses interventions de prévention, d'information et de communication au cours de cette pandémie appréhendée qui, heureusement, ne s'est pas produite au Québec.

En janvier 2004, une rencontre de représentants de l'ensemble des établissements de l'Estrie avec la Direction de santé publique et de l'évaluation, a permis d'harmoniser les connaissances et de faire le point sur les recommandations à l'égard des maladies respiratoires sévères émergentes (SRAS et grippe aviaire).

La postexposition accidentelle aux liquides biologiques

La prise en charge adéquate des cas d'exposition accidentelle aux liquides biologiques chez les travailleurs de la santé et dans la communauté est maintenant assurée grâce à une trousse de départ gratuite comprenant quatre jours de thérapie antivirale contre le VIH. Cette trousse est accessible en tout temps (24 heures par jour, 7 jours par semaine) presque partout dans la région. En 2004-2005, la trousse devrait être accessible dans le seul centre hospitalier manquant, soit celui de la MRC d'Asbestos.

Le guide d'enquête et d'intervention en hémovigilance

Un guide d'enquête et d'intervention pour l'ensemble des partenaires impliqués dans la prévention des maladies transmissibles par le sang, les organes ou les tissus à déclaration obligatoire a été élaboré et sera bientôt diffusé. La Direction de santé publique et de l'évaluation de l'Estrie a collaboré étroitement à l'élaboration de ce guide qui a pour but d'établir et d'uniformiser l'offre de service de base des directions de santé publique en hémovigilance et d'élaborer les rôles attendus des partenaires impliqués dans la sécurité du système du sang.

L'évaluation et la gestion des risques chimiques dans les bassins aquatiques à l'usage du public

De nombreux produits chimiques sont utilisés pour l'entretien des piscines publiques et des accidents ou incidents s'y sont déjà produits à quelques occasions. La Direction de santé publique et de l'évaluation a donc mis en place un projet afin d'évaluer les risques chimiques reliés à ce milieu. Ce projet visait les piscines situées dans les écoles, les hôtels, les établissements de santé et les campings, de même que les piscines gérées par les municipalités.

Un portrait de la situation a donc été dressé et un guide de gestion des produits chimiques et d'entretien des bassins aquatiques a été produit à l'intention des personnes responsables de l'entretien de ces bassins. Ce guide vise à assurer une meilleure gestion des produits chimiques dans les piscines publiques et, ainsi, à prévenir des accidents liés aux produits chimiques utilisés pour l'entretien des bassins aquatiques.

La formation des opérateurs en eau potable

En adoptant le Règlement sur la qualité de l'eau potable en 2001, le ministère de l'Environnement a imposé de nouvelles exigences pour les opérateurs en eau potable. En effet, toute personne œuvrant de près ou de loin à l'exploitation des installations de captage, de traitement et de distribution d'eau potable doit obtenir la qualification nécessaire pour opérer les équipements de ces installations.

Un programme d'apprentissage en milieu de travail a donc été développé par Emploi-Québec pour différents types d'opérateurs d'équipements en eau potable. Pour sensibiliser les responsables municipaux à la problématique de l'eau potable, des rencontres d'information auxquelles a participé la Direction de santé publique et de l'évaluation ont été organisées pour chacune des MRC. Ces rencontres ont formalisé une collaboration interministérielle efficace (santé, environnement, affaires municipales) et ont également permis aux diverses instances d'insister sur l'importance d'avoir des opérateurs en eau potable qualifiés dans le but d'assurer une protection maximale de la santé publique.

L'inventaire du transport de produits chimiques dans la MRC Memphrémagog

Dans la MRC Memphrémagog, un comité mixte municipalités-industries a complété l'inventaire et l'analyse de risque pour chacune des entreprises produisant ou utilisant des produits chimiques. Au cours de la dernière année, une enquête supervisée par la Direction de santé publique et de l'évaluation a été menée auprès de ces entreprises concernant spécifiquement le transport de produits chimiques. La cartographie des routes empruntées, des points sensibles et des sites d'accident a également été complétée.

Suite à cette enquête, les entreprises ainsi que la MRC et les municipalités seront maintenant mieux équipées pour communiquer à la population l'information sur les dangers potentiels d'accidents impliquant des produits chimiques et leur prévention. De plus, les municipalités pourront dorénavant analyser et choisir les routes présentant le moins de risques d'accident pour le transport industriel.

4.1.3.2 La santé au travail

Au cours de l'année 2003-2004, les différents intervenants et professionnels ont contribué à la réalisation d'actions préventives en milieu de travail. Majoritairement, ces actions ont fait l'objet de concertation entre l'équipe du CLSC – CHSLD du Haut-St-François et celle de la Direction de santé publique et de l'évaluation. Conformément à la Loi sur la santé et sécurité du travail, des programmes de santé spécifiques aux établissements ont été élaborés pour les entreprises des secteurs prioritaires. Par ailleurs, l'ensemble des professionnels de la Direction de santé publique et de l'évaluation a participé intensivement à différents comités provinciaux et régionaux.

Les différents acteurs en santé au travail, soit l'équipe prévention-inspection de la Commission de la santé et de la sécurité du travail et les équipes du réseau de la santé, ont participé à une activité de consolidation des partenariats par le biais d'une formation par l'action. Cette formation a permis d'identifier les zones et mécanismes facilitant la collaboration.

L'arrivée d'un nouveau médecin a permis de consolider davantage les effectifs médicaux, tant au plan du CSLC – CHSLD du Haut-St-François qu'à la Direction de santé publique et de l'évaluation.

Les programmes régionaux et québécois

Des programmes d'interventions spécifiques concertés, soit au plan provincial ou régional, ont eu lieu dans les secteurs prioritaires et dans des secteurs ciblés. Parmi ces programmes, on dénote les principales activités suivantes :

- l'intervention sur les risques biologiques auprès de certains groupes de travailleurs : policiers, pompiers et agents de services correctionnels;
- l'intervention pour la prévention des maladies professionnelles reliées à l'exposition à l'amiante chez les travailleurs de la construction et de l'entretien;
- l'intervention pour la prévention de l'asthme professionnel auprès des peintres carrossiers exposés aux isocyanates;
- l'intervention pour la prévention de l'exposition au monoxyde de carbone causée par les aplanissoirs de béton;
- l'utilisation de l'adrénaline par des secouristes œuvrant dans le secteur forestier;
- l'exposition au perchloroéthylène chez les travailleurs des ateliers de nettoyage à sec;
- l'exposition au béryllium dans le secteur de l'aéronautique;
- les interventions préventives en agriculture.

4.1.3.3 La surveillance et l'évaluation

Les principales réalisations en surveillance

- ***Le système d'information intégré en santé publique***

L'essentiel des informations nécessaires à la planification des services, tant curatifs que préventifs, et la surveillance de l'état de santé de la population est disponible dans un tableau de bord, soit le Système d'information intégré en santé publique (SIISP), qui est mis à jour régulièrement. Les données sur les hospitalisations de 2002-2003, l'incidence des tumeurs en 2000, les naissances en 2000 et certaines données du recensement de 2001 y ont été ajoutées.

- ***L'information de la population sur son état de santé***

Dans le cadre de son mandat d'information de la population sur son état de santé, six feuillets d'information « InfoBULLE » ont été diffusés à raison de 3 500 copies chacun et ce, à tout le personnel des CLSC, toutes catégories confondues, ainsi qu'un certain nombre aux centres hospitaliers et aux centres de réadaptation. Les sujets qui ont été traités pour cette période sont les suivants : le diabète, la nicotine, le Programme pour une maternité sans danger, la pauvreté, la violence conjugale ainsi que les maladies cardiovasculaires.

De même, plusieurs articles ont été diffusés, à raison d'un article aux deux semaines, dans l'hebdomadaire La Nouvelle. Ces articles ont traité de divers sujets tels la maternité à un âge avancé, la violence conjugale, la prévention de la carie dentaire, l'homme rose, la négligence chez les enfants de 0 à 5 ans, les problèmes de comportement chez les adolescents, l'abandon de la nicotine, la vaccination, la prévention des accidents chez les tout-petits (deux articles), les maladies cardiovasculaires, un bilan routier, le diabète, l'asthme chez les enfants de 0 à 4 ans, les problèmes de santé chronique, les troubles musculo-squelettiques au travail, les chances de survivre au cancer, la santé mentale et l'incapacité physique ou intellectuelle.

- ***Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein***

Une collaboration en ce qui concerne le traitement informatique et l'analyse de données a été apportée dans le cadre du suivi de gestion du Programme québécois de dépistage du cancer du sein.

- ***L'enquête sur l'accès aux médecins de famille***

Au cours du mois de novembre 2003, en collaboration avec Statistiques Canada, l'équipe du Service soutien méthodologique et évaluation a mené une enquête pour mieux documenter l'accès de la population aux services de médecins de famille. Selon cette enquête, un peu plus du quart de la population adulte de la ville de Sherbrooke n'aurait pas de médecin de famille. Les résultats de cette enquête contribuent à soutenir la prise de décision en matière d'organisation des soins de première ligne.

- ***Un portrait de santé et de bien-être des enfants de 0 à 5 ans et leur famille***

Un portrait de la clientèle des enfants de 0 à 5 ans s'inscrit dans un effort pour mieux documenter les populations à desservir, tant dans le cadre du programme de santé publique que des programmes curatifs ou de réadaptation. Il s'adresse à tous les gestionnaires et intervenants concernés par la mise en place d'un continuum de services auprès des tout-petits et de leur famille.

Les volets présentés vont d'un aperçu sociodémographique de la population des enfants de 0 à 5 ans de l'Estrie et de leur famille, à un bilan de leur état de santé mettant en lumière les divers problèmes de santé qui les affectent de même que certains déterminants sociaux de leur santé reliés en particulier à leur famille. De plus, un éclairage complémentaire est apporté par des données sur l'utilisation des services médicaux et dentaires dans le cadre du régime public de l'assurance-maladie. Les problèmes d'adaptation sociale sont aussi traités, d'abord en y définissant les principales manifestations puis en présentant des données sur la situation en Estrie. En conclusion, une synthèse des principaux constats du rapport est proposée de même que des perspectives.

Les principales réalisations en évaluation

- ***Le guide d'élaboration de modèles logiques de programmes***

Une traduction et une adaptation d'un document produit par Kellog Foundation sur l'utilisation de modèles logiques pour la planification et l'évaluation de programmes ont été faites et transmises à l'ensemble des agents et agentes de planification et de programmation, afin de les guider et de les soutenir dans leurs tâches.

- ***Les programmes de prévention/promotion en enfance-jeunesse***

Dans le cadre des programmes d'interventions préventives offerts en CLSC auprès des femmes enceintes, des enfants de 0 à 4 ans et de leur famille vivant en milieu de pauvreté, une étude des dossiers de la clientèle a été menée en juin 2003 afin d'apprécier le degré d'implantation de ces programmes. Il s'agissait de vérifier si la clientèle répond aux différents critères d'admissibilité et si les grandes composantes essentielles de ces programmes sont implantées. Les résultats indiquent que la clientèle rejointe semble être la bonne, qu'un suivi

personnalisé, soutenu et fréquent est bien en place auprès des familles bénéficiant des différents volets des programmes et qu'elles peuvent aussi compter sur la présence d'un intervenant privilégié. Des recommandations ont été émises quant à la poursuite et à la consolidation des conditions de succès de ces interventions et quant à la disponibilité et à la validité des informations nécessaires pour en assurer le suivi.

Concernant le suivi de ces programmes, une coordination régionale de l'application du cadre normatif Intégration-CLSC (I-CLSC) a été poursuivie permettant ainsi d'uniformiser et de valider les informations retenues. À ce titre, les données recueillies dans les dossiers de la clientèle sont comparées à celles recueillies à même le système d'information I-CLSC. Les résultats et les recommandations seront déposés à la Table des directrices générales et directeurs généraux des CLSC-CHSLD en août 2004.

- ***Le Programme de subventions en santé publique***

Le concours 2003-2005 du Programme de subventions en santé publique a été lancé en février 2004 auprès des établissements et organismes du réseau de la santé et des services sociaux. En collaboration avec le milieu universitaire, les promoteurs peuvent soumettre un projet d'études de problématiques spécifiques à la santé publique ou des évaluations de programmes ou d'interventions en promotion et en prévention, conformément aux objectifs du Plan d'action régional de santé publique de l'Estrie 2004-2007. Une somme d'environ 300 000 $ est disponible pour la réalisation de projets en région. Le comité de coordination évaluera les projets soumis en juin 2004.

4.1.3.4 La prévention et la promotion

Les programmes à la jeunesse et à la famille

Au cours de l'année, les principales réalisations reliées aux programmes préventifs pour les jeunes et leur famille concernent :

<u>Les programmes préventifs s'adressant aux tout-petits et aux familles :</u>

- la révision et l'implantation de l'ensemble des composantes du Programme d'interventions préventives auprès des femmes enceintes et des enfants de 0 à 5 ans et leur famille vivant en contexte de vulnérabilité, incluant les jeunes parents;

- la production et la diffusion du bilan annuel du Programme d'interventions préventives auprès des femmes enceintes, des enfants et de leur famille vivant en contexte de vulnérabilité;

- la production et la diffusion du bilan annuel du programme « Hanen », un programme d'intervention précoce sur les troubles du langage et de la communication;

- la participation aux travaux régionaux d'implantation du Programme d'éveil à la lecture et à l'écriture du ministère de l'Éducation;

- la participation au suivi du Programme d'aide communautaire pour les enfants (PACE) et du Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP) de Santé Canada;

- la révision et le suivi du Programme d'aide à l'action concertée soutenant les services offerts par les organismes communautaires aux enfants de 0 à 12 ans et leur famille;

- l'organisation de deux journées de formation et de deux journées de supervision sur l'utilisation de l'outil Brigance s'adressant au personnel du Programme préventif pour les enfants de 0 à 5 ans;

- l'organisation d'une journée de formation pour les animateurs Y'APP, un programme de sensibilisation sur le développement des enfants et les compétences parentales offerts aux parents d'enfants de moins de 5 ans;

- la participation aux travaux régionaux des CLSC afin de mettre en place divers mécanismes pour assurer la qualité des services préventifs offerts aux enfants, aux jeunes et à leur famille. Particulièrement, ces travaux ont permis de consolider l'encadrement clinique dans les établissements et l'utilisation d'outils cliniques appropriés relatifs au plan d'intervention;

- la participation aux travaux régionaux portant sur la problématique de la dépression postnatale.

L'allaitement maternel et la périnatalité :

- la participation aux travaux provinciaux portant sur l'allaitement maternel et sur l'implantation du programme « Initiative des amis des bébés »;

- l'élaboration, en collaboration avec le Groupe de travail sur l'allaitement maternel, d'un plan d'action régional en matière d'allaitement maternel et l'adoption de ce plan d'action par le conseil d'administration en juillet 2003;

- l'organisation, en collaboration avec le Groupe de travail sur l'allaitement maternel, d'une journée de formation régionale sur le programme « Initiative des amis des bébés », son contenu et les étapes d'implantation;

- la participation à la mise en place et aux travaux d'une équipe régionale chargée de planifier et de dispenser la formation sur l'allaitement maternel à l'ensemble du personnel de la région qui intervient auprès des femmes enceintes et des parents de jeunes enfants, au cours des prochaines années;

- la participation aux travaux provinciaux et régionaux concernant la mise à jour de la Politique de périnatalité.

Les programmes préventifs s'adressant aux enfants de 5 à 12 ans :

- le Programme de développement des habiletés prosociales « Fluppy » chez les enfants de la maternelle :

  - le soutien à l'implantation du programme dans vingt-cinq écoles et quarante-deux classes de maternelle des quatre commissions scolaires de l'Estrie.

- la production d'un document présentant le cadre logique du programme, les indicateurs de suivi de gestion et les éléments essentiels du programme,

- l'organisation de huit journées de formation sur la composante « enfant » du programme s'adressant aux enseignantes des classes de maternelle des écoles ciblées par le programme et au personnel des CLSC,

- l'organisation de deux journées de formation et de quatre activités de supervision sur le volet « famille » du programme pour le personnel des CLSC,

- le soutien au déploiement de l'offre de service et travaux avec certaines directions d'écoles et commissions scolaires;

- le projet « École en santé » :

  - la participation à un comité de travail interne visant à définir les orientations régionales du programme;

- la collaboration MSSS-MEQ-commissions scolaires :

  - la participation à des rencontres avec la Direction régionale du ministère de l'Éducation visant l'appropriation de l'entente de complémentarité MSSS-MEQ,

  - la participation et la collaboration au Comité directeur MSSS-MEQ sur l'organisation des services aux jeunes en milieu scolaire,

  - la participation au comité sur une recherche-action en collaboration avec les commissions scolaires de la région et le GRISE (Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance) de l'Université de Sherbrooke portant sur la problématique de l'agression indirecte chez les filles et la réussite scolaire;

- la collaboration avec l'Université de Sherbrooke GRISE-ARUC (Groupe de recherche sur les inadaptations sociales de l'enfance – Alliance de recherche université-communauté) :

  - la participation aux rencontres de l'équipe de recherche du GRISE-ARUC sur les jeunes en difficultés de comportement.

La santé buccodentaire

L'Agence a assuré le soutien à la réalisation du Programme public de services dentaires préventifs dans toutes les écoles primaires de l'Estrie.

Une formation liée aux services dentaires préventifs a été préparée et réalisée afin d'uniformiser les données recueillies pour optimiser l'utilisation du système d'information sur la clientèle et les services des CLSC.

Certaines municipalités de la région ont été rencontrées afin de leur faire connaître les avantages ainsi que les conditions nécessaires à la fluoruration des eaux de consommation.

Le développement des communautés

L'Agence a collaboré aux travaux du comité régional sur l'organisation du troisième rendez-vous régional sur le développement des communautés impliquant une majorité de partenaires intersectoriels qui aura lieu en octobre 2004.

La sécurité alimentaire

En juillet 2003, le sous-ministre adjoint confirmait le renouvellement de l'enveloppe régionale pour l'année 2003-2004, soit :

- le suivi des huit projets subventionnés par le Programme de subventions en sécurité alimentaire;
- l'allocation des ressources pour l'année 2003-2004;
- le suivi de gestion du programme et la transmission à la répondante nationale d'un rapport synthèse sur les résultats du programme.

Le tabac

Les activités de prévention du tabagisme se sont poursuivies cette année pour la huitième année depuis l'initiation du projet « Vers des écoles sans fumée » en 1997.

Mentionnons particulièrement une formation dispensée aux répondantes et répondants tabac des CLSC sur la mise en place d'un projet « Cour d'école saine et active ». Ce projet vise à mettre en place un processus impliquant tout le milieu scolaire d'une école secondaire pour l'implantation d'une politique pour une cour d'école et des activités scolaires sans fumée.

Par ailleurs, huit projets « Gang allumée » ont été mis en place dans la région et ont mobilisé plusieurs jeunes qui ont sensibilisé leurs pairs aux bénéfices d'une vie et d'un environnement sans fumée. À noter que la « Gang allumée » de l'école Du Phare a mérité le prix régional Musique Plus pour son projet et a figuré au palmarès des meilleures du Québec.

La lutte à la sédentarité et la promotion de l'activité physique

Dans le cadre du plan d'activités de Kino-Québec, les principales réalisations ont rejoint la clientèle des jeunes en milieu scolaire, les adultes de 25 à 44 ans et les personnes âgées à l'intérieur des activités suivantes :

- des rencontres avec près d'une dizaine de directions d'écoles primaires relativement à l'organisation et à l'animation d'activités physiques dans la cour d'école;
- la participation au développement en Estrie du projet « Québec en forme ». Une programmation d'activités physiques a été mise en place dans trente écoles primaires de milieux défavorisés de l'Estrie;
- le développement du projet « Cour d'école saine et active » auprès des écoles secondaires pour favoriser l'activité physique et la mise en place graduelle d'une école sans fumée;

- l'attribution de dix bourses « École active » à des écoles primaires et secondaires pour des projets d'aménagement du milieu favorisant la pratique de l'activité physique. Quarante-six écoles ont soumis un projet;

- la mise en place d'un projet de récupération de vélos en collaboration avec les policiers de Sherbrooke et Sherbrooke Ville en santé. Une équipe de bénévoles a permis la remise de près de quarante vélos à des enfants de milieux défavorisés et pour un projet communautaire à l'école secondaire de La Montée;

- la réalisation de la campagne « Plaisir sur glace » visant à promouvoir le patinage en famille sur les patinoires extérieures. Environ 16 200 personnes ont fréquenté l'un des 55 sites d'activités organisées dans 51 municipalités ou arrondissements;

- la réalisation de la campagne « Mon style de marche » auprès du personnel d'établissements des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'éducation. Cinquante-trois milieux ont collaboré à promouvoir la marche;

- l'élaboration d'un guide d'intervention clinique en activité physique et la formation des intervenants pivots des services de santé courants des établissements à mission CLSC;

- le soutien au programme Viactive destiné à promouvoir l'activité physique auprès de la clientèle des personnes âgées. Quelque 76 regroupements de personnes âgées ont été rejoints et ont organisé des séances hebdomadaires d'activités physiques.

La santé sexuelle des jeunes

Une formation de base en éducation sexuelle chez les jeunes a été donnée cette année pendant cinq journées de formation. Cette formation permet aux infirmières scolaires et autres intervenants jeunesse des écoles secondaires d'interagir avec un jeune sur toute problématique sexuelle sur une base individuelle ou de groupe. L'objectif principal de ces formations est donc d'outiller les intervenants jeunesse à la prévention de diverses problématiques sexuelles des jeunes (MTS-SIDA, violence dans les rapports amoureux, grossesse à l'adolescence, violence sexuelle) et de favoriser un sain développement sexuel des jeunes.

La prévention des traumatismes non-intentionnels

Plusieurs réalisations en promotion de la sécurité et en prévention des traumatismes ont eu lieu au cours de la dernière année. Ainsi, :

- le Programme de prévention des chutes chez les personnes âgées a fait l'objet de nouvelles approches pour une prise en charge optimale des problèmes médicamenteux;

- une trousse de sécurité a été élaborée pour être intégrée au Programme de prévention des blessures à domicile pour la clientèle des nouveau-nés et des jeunes enfants;

- une campagne promotionnelle visant l'adoption de comportements sécuritaires chez les jeunes qui pratiquent le ski et la planche à neige a été réalisée dans tous les centres de ski de l'Estrie;

- l'élaboration d'un nouveau programme de formation pour les réseaux des cyclistes et motoneigistes a permis de déployer plus d'une centaine de patrouilleurs bénévoles pour l'Estrie.

La prévention des maladies chroniques

Le Programme régional intégré de services préventifs pour contrer les maladies du vieillissement « Approches par facteurs de risque » s'est déployé en 2003. Ce programme s'inscrit dans le domaine d'intervention portant sur les habitudes de vie et les maladies chroniques du Programme national de santé publique 2003-2012. Les activités du programme se situent au plan de la promotion et du soutien des pratiques cliniques préventives des professionnels de première ligne des CLSC. Les intervenants pivots et les gestionnaires des services courants infirmiers sont responsables de l'implantation du programme. Dans un premier temps, les aspects liés à la cessation tabagique ont été mis en place en 2003 : les adultes de l'Estrie intéressés à arrêter de fumer peuvent se prévaloir des services d'un intervenant pivot du centre d'abandon du tabagisme de leur CLSC. En 2004, les centres deviendront des services cliniques préventifs, c'est-à-dire qu'ils offriront un service d'accompagnement aux personnes motivées à entreprendre des modifications au niveau de leurs habitudes de vie, plus particulièrement au plan du tabac, de l'activité physique et de l'alimentation.

Dans le cadre de la campagne promotionnelle du Ministère concernant la cessation tabagique, les médecins, les pharmaciens et les dentistes de la région ont été informés, par lettre, des différentes ressources pour soutenir la personne qui désire arrêter de fumer, dont les centres d'abandon du tabagisme. Ils ont été invités à y référer leur clientèle.

Les représentants du Département régional de médecine générale ont été rencontrés afin de les informer du programme en cours et des services offerts, soit les services de cessation tabagique ainsi que les volets qui s'y ajouteront prochainement.

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein

En Estrie, le taux de participation des femmes de 50 à 69 ans au Programme québécois de dépistage du cancer du sein est actuellement de 59,9 %. Or, il est important d'atteindre un taux de participation de 70 % afin de réduire la mortalité par cancer du sein dans ce groupe d'âge.

En 2003-2004, pour augmenter le taux de participation, l'Agence s'est adressée aux médecins traitants dans le but de renforcer l'importance de leur rôle auprès des femmes du programme. Sous le thème « Ensemble dans l'action », un calendrier 2004 et un feuillet d'information ont été envoyés, respectivement en novembre 2003 et en mai 2004, aux médecins de la région.

À l'automne 2003, une tournée des médecins spécialistes participant au programme (chirurgiens, radiologistes et pathologistes) a été réalisée. Leurs commentaires contribuent à poursuivre l'objectif d'assurance de la qualité au sein du programme. Il est prévu que des activités régionales d'assurance de la qualité se réalisent dans la prochaine année.

La prévention et les pratiques cliniques préventives sur les dépendances

- ***L'alcoologie et la toxicomanie***

Conformément aux orientations révisées du programme de prévention en toxicomanie « PRATIC-05 », l'Agence a réalisé les actions suivantes :

- du support aux CLSC pour la préparation de leur planification triennale dans le « PRATIC-05 : 2004-2007 », des rencontres régulières et des activités de formation en vue du dépôt des plans locaux 2004-2007(fin mai 2004);

- une tournée régionale, financée par l'Agence, de la pièce de théâtre Zone de Turbulence. Environ 2 000 jeunes ont été rejoints (fin du primaire-début du secondaire/cible prioritaire du Pratic-05);

- la lutte à la banalisation de la consommation d'alcool et de la pratique du calage d'alcool : placements-médias dans tous les quotidiens et hebdomadaires de la région visant les parents et les jeunes (Semaine de prévention des toxicomanies).

L'Entente spécifique sur les jeunes en milieu scolaire et les psychotropes, coordonnée par le Conseil régional de développement de l'Estrie, a été signée. L'Agence est impliquée financièrement (15 000 $ par an pour trois ans) et dans la réalisation de l'entente avec les écoles.

En vue d'améliorer les pratiques cliniques préventives, en particulier dans les services courants des CLSC, les intervenants de première ligne ont été formés sur des outils de dépistage des problèmes de drogues ou d'alcool. Entre septembre 2003 et la fin mars 2004, 110 intervenants ont été formés.

- ***Le jeu pathologique***

Malgré les efforts de l'Agence pour atteindre les entreprises et d'autres partenaires potentiels en prévention du jeu pathologique, peu d'activités de prévention en entreprises ont été réalisées.

L'itinérance

Le programme fédéral sur l'itinérance « Initiative de partenariat en action communautaire » a été reconduit et le Plan d'action communautaire pour Sherbrooke a été mis à jour pour tenir compte des travaux réalisés dans la phase 1. Quinze promoteurs ont vu leur projet retenu visant à améliorer ou consolider les services aux personnes itinérantes ou à haut risque de le devenir pour un total de 2 324 280 $. Ainsi, les interventions d'organismes dédiés aux personnes aux prises avec des problématiques reliées à l'itinérance peuvent se poursuivre. Enfin, des efforts sont faits pour intensifier la concertation et la complémentarité des différents acteurs dans notre milieu.

4.1.4 Les activités reliées aux organismes communautaires

4.1.4.1 Le respect des règles et des normes de gestion

Les cadres et les critères de financement des organismes communautaires, ainsi que les engagements du Ministère, ont été appliqués et respectés.

4.1.4.2 Le contrôle de la conformité

Conformément à l'article 338 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, l'Agence a obtenu les informations suivantes concernant les organismes ayant fait une demande de soutien financier :

- le rapport financier et le rapport de vérification, lorsque requis, adoptés par l'assemblée générale de l'organisme;
- le rapport d'activités;
- une preuve de la tenue de l'assemblée générale annuelle et d'une séance publique d'information;
- la fiche synthèse des activités de l'organisme;
- les relevés statistiques appropriés pour les organismes orienteurs et les maisons d'hébergement.

4.1.4.3 Les organismes communautaires et leurs secteurs d'activités

Conformément aux orientations régionales, 114 des 132 organismes communautaires reconnus dans le cadre du Programme de soutien aux organismes communautaires (PR-SOC) ont reçu un soutien financier. Ces organismes œuvrent auprès de plusieurs clientèles qu'ils rejoignent par le biais de leurs activités variées. L'annexe 3 présente un sommaire des activités de ces organismes.

Les faits marquants de l'année 2003-2004 sont :

- onze des organismes communautaires (promotion et défense de droits), reconnus et soutenus dans le cadre du PR-SOC depuis plusieurs années, ont été transférés vers leur ministère ou organisme d'appartenance le 1er avril 2003 avec leur financement de base. Dans le cadre de cette opération de rapatriement, les sommes que plusieurs organismes de santé et de services sociaux recevaient d'autres bailleurs de fonds ont été transférées au PR-SOC et intégrées à leur financement de base. Cette mesure affecte 42 organismes et représente 441 743 $ d'ajout au financement global SOC;

- la région a reçu l'indexation de 2,4 % qu'elle a appliquée au financement des organismes ainsi que les sommes allouées spécifiquement par le Ministère dans quelques programmes clientèles;

- parmi les six demandes de reconnaissance reçues, deux organismes ont été reconnus comme organisme du domaine de la santé et des services sociaux (Famillaction d'Asbestos et Handi-capable de Sherbrooke).

4.1.5 L'accès aux services

Les services aux personnes d'expression anglaise

En 2003-2004, l'Agence a poursuivi l'actualisation des mesures prévues au plan d'action du Programme régional d'accessibilité des services en langue anglaise. Conformément aux exigences du Ministère, plus de 50 % du budget non récurrent consenti à la région a été réparti parmi les établissements pour soutenir leurs activités eu égard à la clientèle d'expression anglaise. Encore cette année, la priorité a été accordée aux projets de formation en anglais, langue seconde du personnel de neuf établissements.

Les services aux communautés culturelles

Un établissement et trois organismes communautaires se sont partagé l'enveloppe non récurrente de 23 175 $ allouée à la région pour soutenir les activités relatives à l'adaptation des services aux besoins de personnes immigrantes. La traduction de documents en plusieurs langues et le soutien aux personnes ayant vécu des traumatismes de la guerre ont été priorisés.

4.1.6 Les ressources humaines

4.1.6.1 La gestion des ressources humaines

La planification régionale de la main d'œuvre

L'Agence a poursuivi la concertation et les actions dans les priorités en matière de planification de la main-d'œuvre au plan régional, notamment en soins infirmiers étant donné les pénuries d'effectifs plus criantes, réelles et anticipées dans cette catégorie de personnel. Un groupe de travail de la Table des responsables des ressources humaines a continué l'actualisation du plan d'action régional en la matière.

Voici quelques exemples d'actions posées :

- la coordination régionale des stages, particulièrement pour le personnel en soins infirmiers;
- le pilotage du dossier via le comité sur la planification de la main-d'œuvre en soins infirmiers (PMO-SI);
- la poursuite du Forum syndical sur la planification de la main-d'œuvre en soins infirmiers (PMO-SI);
- des points régulièrement inscrits à la Table des responsables des ressources humaines.

Le replacement des ressources humaines

En 2003-2004, l'Agence a poursuivi ses actions pour maintenir l'employabilité des personnes en sécurité et en stabilité d'emploi.

Un rapport concernant la situation de ce personnel a été présenté périodiquement aux membres de la Table des responsables des ressources humaines de la région.

L'application des mesures relatives à la stabilité d'emploi du personnel cadre et hors-cadre a été assurée. En ce qui concerne le personnel en sécurité d'emploi, l'Agence a supporté les établissements dans la recherche de solutions.

Sommaire des mesures	Total des inscriptions en 2003-2004	Recyclage	Indemnités de départ	Replacements	Total des mesures	Total des personnes inscrites au 31 mars 2004
Sécurité d'emploi	13	0	1	2	3	10
Stabilité d'emploi	17	0	5	1	6	11 *

* *De ce nombre, huit personnes sont en situation de pré-retraite.*

4.1.6.2 Le développement régional des ressources humaines

En 2003-2004, l'Agence a réalisé de nombreuses activités de développement des compétences, tant auprès du personnel d'encadrement des établissements du réseau que des intervenantes et des intervenants de tous les programmes.

Le personnel d'encadrement

Au cours de l'année 2003-2004, le Comité régional de développement du personnel d'encadrement s'est assuré de la réalisation, du suivi et de l'évaluation de l'ensemble des activités découlant de ses orientations régionales et du budget régional, proposés et adoptés par l'Agence pour le développement du personnel d'encadrement et de la relève, notamment :

- la tenue de quatre sessions de travail portant plus spécifiquement sur l'adoption des orientations régionales 2003-2004, les modalités de financement local et régional des activités de développement des cadres et de préparation de la relève, le suivi et l'évaluation des activités découlant de ses orientations régionales;

- la poursuite des cours en gestion et développement des organisations dans le cadre de l'obtention d'un certificat (un groupe) ou d'un diplôme (trois groupes) en gestion et développement des organisations pour 81 étudiantes et étudiants ayant complété quinze crédits au microprogramme de premier et de deuxième cycles de l'Université Laval;

- le démarrage, en septembre 2003, d'une troisième cohorte comptant 72 personnes participantes au microprogramme en gestion et développement des organisations, dont deux groupes de deuxième cycle et un groupe de premier cycle;

- la participation des membres du Comité régional de développement du personnel d'encadrement au Rendez-vous national du personnel d'encadrement 2003 portant sur la profession de gestionnaire;

- la tenue, le 30 avril 2003, du Rendez-vous annuel du personnel d'encadrement ayant pour thème « Le talent : Reconnaissance et gestion », regroupant 176 personnes participantes.

Les membres et les conseils d'administration des organismes communautaires

La consolidation du Programme de formation continue pour les membres des organismes communautaires a été une préoccupation tout au cours de l'année. Notre partenariat avec les organismes du milieu a facilité l'organisation et la diffusion de plusieurs sessions de formation, soit :

- la poursuite du microprogramme de premier cycle en gestion des organismes communautaires;
- quatorze activités de formation dans le cadre du partenariat à cinq partenaires visant le développement des ressources humaines des organismes communautaires.

Les intervenants et intervenantes du réseau

L'Agence a, au cours de l'année 2003-2004, assuré la coordination du développement des compétences du personnel du réseau estrien de la santé et des services sociaux.

De fait, elle a joué un rôle de concertation sur la mise en commun des besoins de développement des compétences du personnel du réseau, l'élaboration et la réalisation de programmes de formation découlant de nouvelles orientations ministérielles en matière de nouvelles approches, pratiques et technologies dans la majorité des programmes ou secteurs, notamment : enfance-famille-jeunesse, santé mentale, MTS-Sida, violence, toxicomanie, personnes âgées, santé publique, déficience intellectuelle, troubles envahissants du développement et santé physique.

De façon plus spécifique, voici des exemples d'activités déployées dans chacun des secteurs ou programmes précités :

- l'approche cognitivo-comportementale (santé mentale);
- l'approche sécuritaire en milieu de travail (santé mentale);
- le déploiement du programme « Fluppy » (enfance, jeunesse et famille);
- le déploiement de l'outil d'évaluation multiclientèle (personnes âgées);
- une journée Forum-Bilan et perspective des réseaux intégrés de services pour les personnes âgées;
- une journée de rencontre régional portant sur les mécanismes de liaison et de référence entre la première et la deuxième lignes (déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement).

4.1.7 Les ressources informationnelles

4.1.7.1 Les ressources informationnelles régionales

Le Comité aviseur régional sur les ressources informationnelles, mécanisme de concertation privilégié de l'Agence dans le domaine des systèmes et des technologies de l'information, a entrepris des travaux afin de définir un nouveau projet de planification régionale. Ce projet s'inscrit dans la foulée du plan provincial d'informatisation du réseau que le Ministère a présenté au début de l'année 2004. Les travaux sur la mise en œuvre de ce nouveau plan régional devraient débuter dès l'automne 2004.

Par ailleurs, le fonds spécifique dédié aux ressources informationnelles, doté d'un budget annuel de 500 000 $, a permis de soutenir la réalisation de plusieurs projets répondant aux critères du plan directeur.

Nom du projet	Budget 2003-2004
▪ Plan directeur régional télésanté (PRIE 2004)	40 000 $
▪ Dictée et transcription clinique – phase 1	294 000 $
▪ Synchronisation des index	160 000 $
▪ Collaborative Care	40 000 $
▪ Sécurité des ressources informationnelles	15 000 $
▪ Répertoire des ressources	27 991 $

4.1.7.2 Le Technocentre régional

La mission du Technocentre régional est de soutenir la gestion des ressources informationnelles des établissements de la région. Ses principaux objectifs sont de maintenir en bon état de fonctionnement les infrastructures technologiques et les systèmes informatiques utilisés par les établissements et de coordonner des projets d'informatisation.

En 2003-2004, le Technocentre régional employait 25 personnes, principalement affectées au soutien informatique. Les techniciens du Technocentre régional ont traité environ 18 000 requêtes au cours de la dernière année.

Vers la fin de l'exercice 2003-2004, le Technocentre régional a initié une réflexion régionale sur la création d'un centre d'appels pour le soutien informatique de l'ensemble des établissements de la région. On estime à 40 000 le nombre de requêtes que recevrait annuellement un tel centre d'appels régional. L'implantation pourrait se faire dès l'exercice 2004-2005.

4.1.7.3 Les ressources informationnelles à l'Agence

Au cours de l'année 2003-2004, l'Agence a poursuivi sa lancée de rehaussement de son parc informatique. Ainsi, une soixantaine de postes informatiques ont été remplacés, suite à l'échéance du contrat de location. Ces nouveaux équipements seront à leur tour remplacés dans quatre années.

4.1.8 Les principales acquisitions en immobilisations

Les tableaux suivants font état des principales acquisitions effectuées par les établissements de santé et de services sociaux en 2003-2004.

Le fonds des immeubles	
Subventions	
• Subvention régulière	1 930 268 $
• Subvention pour le maintien des actifs de nature capitalisable	1 420 800 $
• Rénovations fonctionnelles mineures	1 811 000 $
• Centre jeunesse de l'Estrie (unité de réadaptation de Val-du-Lac)	450 000 $
Total	**5 612 068 $**
Engagements	
• Projets de sécurité	1 251 005 $
• Projets de vétusté	532 784 $
• Projets de rénovation fonctionnelle	3 666 798 $
Total	**5 450 587 $**

Le fonds des équipements	
Subventions	
• Subvention régulière pour 2003-2004	3 317 736 $
• Subvention pour les aides techniques	105 350 $
• Subvention du Fonds canadien innovation	635 877 $
• Subvention pour les équipements de haute technologie	1 869 200 $
• Subvention pour les équipements de technologie de l'information	325 000 $
• Subvention pour les équipements de technologie biomédicale	6 352 611 $
• Subvention pour les équipements de plus de 1 million de dollars (radio-oncologie au Centre hospitalier universitaire de Sherbooke)	4 752 200 $
• Transfert – coordination du Système d'information des laboratoires	150 000 $
Total	**17 507 974**
Engagements	
• Enveloppe régulière	3 738 098 $
• Coûts supplémentaires	13 198 $
• Aides techniques	108 834 $
• Fonds canadien innovation	635 877 $
• Équipements de haute technologie	1 869 200 $
• Équipements pour la technologie de l'information	120 493 $
• Équipements de technologie biomédicale	6 187 736 $
• Équipements de plus de 1 million de dollars (radio-oncologie du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke)	4 752 200 $
• Transfert – coordination du Système d'information des laboratoires	150 000 $
Total	**17 575 636 $**

4.2 Les résultats obtenus par rapport aux objectifs prévus par l'entente de gestion et d'imputabilité

4.2.1 Les objectifs de gestion et de services

En 2003-2004, l'Agence a reçu un budget de développement de 8 467 557 $, annualisé à 10 019 433 $, lui permettant de contribuer à l'atteinte des cibles ministérielles en matière de santé et de services sociaux. L'Agence a alors convenu avec les établissements de la région des cibles régionales que ce budget permettrait d'atteindre. Ces cibles régionales ont été approuvées par le Ministère, les budgets de développement ont été alloués aux établissements concernés et un suivi de gestion permettant d'apprécier les résultats obtenus a été mis en place.

Les cibles 2003-2004 retenues par le Ministère visaient :

- une amélioration de la situation dans les urgences;
- une diminution du nombre de patients en attente pour certains traitements;
- une accessibilité accrue aux services pour les enfants présentant un trouble envahissant du développement et pour les enfants dysphasiques;
- une amélioration de l'accessibilité aux services pour les enfants suivis en vertu de la Loi de la protection de la jeunesse et de la Loi sur le système de justice pénal pour les adolescents;
- de meilleurs services pour les femmes victimes de violence et leurs enfants;
- une plus grande disponibilité et accessibilité des services aux enfants et adultes aux prises avec des troubles mentaux;
- une augmentation de la disponibilité des services à domicile et l'amélioration de la qualité des services offerts en hébergement pour les personnes âgées.

On présente au tableau suivant les faits saillants des résultats obtenus. Les résultats détaillés sont présentés à l'annexe 4.

Priorités	Faits saillants
Urgence	Augmentation de la durée de séjour des patients sur civière.
Traitements	Accroissement significatif des volumes d'activités en chirurgie cardiaque, en hémodynamie et en chirurgie d'un jour. Respect des délais cliniquement prescrits pour les traitements en radio-oncologie : quatre semaines et moins d'attente.
Trouble envahissant du développement	Démarrage du programme d'intervention comportementale intensive. Augmentation importante du nombre d'enfants d'âge scolaire recevant des services de soutien. Augmentation de 23 % des montants versés aux familles.
Dysphasie	Trente enfants de plus ont reçu des services.
Jeunes en difficulté	Aucun engorgement en centre de réadaptation. Augmentation de la liste d'attente à l'évaluation.
Violence	Accroissement du financement de base des maisons d'hébergement et des centres de femmes. Cinquante-huit enfants témoins de violence conjugale ont reçu des services adaptés à leurs besoins.
Santé mentale	Augmentation de la durée de séjour des patients à l'urgence. Augmentation de la liste d'attente en pédopsychiatrie.
Personnes en perte d'autonomie	Accroissement des services à domicile. Atteinte des cibles en matière de services professionnels ainsi que de soins infirmiers et d'assistance en hébergement.

4.2.2 L'objectif de retour à l'équilibre budgétaire

Après discussion avec le Ministère, le niveau maximal de déficit autorisé pour l'ensemble des établissements publics de l'Estrie ne devait pas excéder, pour 2003 2004, la somme de 11 800 000 $.

Or, le montant réel de déficit du fonds d'exploitation des établissements publics déclarant un déficit s'élève à un peu plus de 13,5 millions de dollars. Notons qu'essentiellement, deux établissements sont la cause de ces dépassements. Pour sa part, l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, volet Estriade, a déplacé ses clientèles de la Résidence de l'Estrie vers le Complexe St-Vincent-de-Paul, suite à la livraison des nouveaux locaux. Cette période s'est avérée plus difficile qu'attendue, occasionnant des dépenses additionnelles. Quant au Centre jeunesse de l'Estrie, il a dû faire face à une croissance importante de ses coûts d'assurance salaire. De plus, des correctifs au plan de la charge de travail de certains groupes de personnel ont entraîné une augmentation des dépenses sans pour autant que les revenus additionnels soient disponibles.

Le tableau ci-dessous indique les écarts constatés.

	2003-2004		
Établissements publics	**Niveau maximum de déficit d'exploitation**	**Montant réel de déficit**	**Écart**
	$	**$**	**$**
Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (volet Estriade)	1 000 000	1 886 675	(886 675)
CLSC de Sherbrooke	2 300 000	2 073 194	226 806
Centre hospitalier universitaire	8 500 000	8 837 318	(337 318)
Centre jeunesse de l'Estrie	0	748 344	(748 344)
Total	**11 800 000**	**13 545 531**	**(1 745 531)**

5. Les données financières concernant les établissements et les organismes communautaires

5.1 Les allocations des ressources financières aux établissements et organismes communautaires

En 2003-2004, l'Agence a accordé aux établissements de la région un budget brut de fonctionnement de 535 331 041 $, dont 523 681 050 $ pour les établissements publics et 11 649 991 $ pour les établissements privés conventionnés. En ce qui concerne les organismes communautaires, vous trouverez les informations requises à l'annexe 2. Vous trouverez également à l'annexe 2 le détail par établissement des surplus et déficits pour l'exercice 2003-2004 et 2002-2003.

5.2 Les autorisations d'emprunt

L'Agence a recommandé au Ministère cinq autorisations d'emprunt temporaires aux établissements publics au cours de l'exercice 2003-2004. Le tableau suivant présente celles en vigueur au 31 mars 2004.

Sommaire des autorisations d'emprunt en vigueur au 31 mars 2004		
Buget régional	**Montant total des budgets**	
Budget de fonctionnement des établissements publics de la région	493 669 745 $	
Nature des autorisations	**Montant des emprunts autorisés**	**Pourcentage du budget régional**
Dépenses courantes de fonctionnement		
Équilibre budgétaire	15 200 000 $	3,0790 %
Tierce responsabilité	300 000 $	0,0608 %
Dépenses en immobilisations		
Rénovations autofinancées	1 422 $	0,0003 %
Acquisitions financées par des activités accessoires	- $	0,0000 %
Total	**15 501 422 $**	**3,140 %**

Le total des autorisations d'emprunts a augmenté de près de 10,5 millions de dollars en 2003-2004, passant de 4,9 millions au 31 mars 2003 à 15,5 millions au 31 mars 2004.

6. Les états financiers de l'Agence

RAPPORT DU VÉRIFICATEUR SUR LES ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS

Aux membres du conseil d'administration de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie.

Les états financiers condensés et les renseignements complémentaires condensés ci-joints ont été établis à partir du rapport financier annuel de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie au 31 mars 2004 et pour l'exercice terminé à cette date à l'égard duquel le Vérificateur général du Québec a exprimé une opinion sans réserve dans son rapport daté du 28 mai 2004. Le rapport financier annuel est dressé selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 2, et est présenté dans la forme prescrite par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. La présentation d'un résumé fidèle du rapport financier annuel relève de la responsabilité de la direction de l'agence. Ma responsabilité consiste à faire rapport sur les états financiers condensés.

À mon avis, les états financiers condensés ci-joints présentent, à tous les égards importants, un résumé fidèle du rapport financier annuel correspondant selon les conventions comptables décrites dans la note complémentaire 2.

Les états financiers condensés ci-joints ne contiennent pas toutes les informations requises. Le lecteur doit garder à l'esprit que ces états financiers risquent de ne pas convenir à ses fins. Pour obtenir de plus amples informations sur la situation financière, les résultats d'exploitation et les flux de trésorerie de l'agence, le lecteur devra se reporter au rapport financier annuel correspondant.

Ces états financiers condensés, qui n'ont pas été établis, et qui n'avaient pas à être établis, selon les principes comptables généralement reconnus du Canada, sont fournis uniquement à titre d'information et pour être utilisés par le ministère de la Santé et des Services sociaux et les administrateurs de l'agence conformément à la section II.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Ces états financiers condensés ne sont pas destinés à être utilisés, et ne doivent pas l'être, par des personnes autres que les utilisateurs déterminés, ni à aucune autre fin que la ou les fins auxquelles ils ont été établis.

Le vérificateur général,

Renaud Lachance, CA
Québec, le 23 août 2004

6.1 L'état des résultats du fonds d'exploitation — activités principales pour l'exercice terminé le 31 mars

Résultats du fonds d'exploitation	2004	2003
Revenus		
• Subventions du Ministère	6 378 855 $	6 124 844 $
• Autres revenus	274 883 $	480 498 $
Total des revenus	**6 653 738 $**	**6 605 342 $**
Dépenses		
• Salaires et avantages sociaux	5 430 699 $	5 348 321 $
• Autres dépenses	1 325 926 $	1 253 320 $
Total des dépenses	**6 756 625 $**	**6 601 641 $**
Excédent (Déficit)	**(102 887 $)**	**3 701 $**

6.2 L'état des résultats du fonds des activités régionalisées pour l'exercice terminé le 31 mars

Résultats du fonds des activités régionalisées	2004	2003
Revenus		
• Contributions des établissements	1 605 406 $	1 318 137 $
• Autres revenus	387 417 $	220 274 $
Total des revenus	**1 992 823 $**	**1 538 411 $**
Dépenses		
• Salaires et avantages sociaux	1 334 134 $	1 295 043 $
• Autres dépenses	588 476 $	476 709 $
Total des dépenses	**1 922 610 $**	**1 771 752 $**
Excédent (Déficit)	**70 213 $**	**(233 341 $)**

6.3 Les états des soldes de fonds des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et d'immobilisations pour l'exercice terminé le 31 mars 2004

	Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées	Fonds des immobilisations
	Activités principales	Avoir propre		
Solde créditeur (débiteur) - au début	**162 677 $**	**319 131 $**	**784 610 $**	**1 093 246 $**
Additions				
• Excédent des produits sur les charges d'opération et les dépenses d'immobilisations			70 213 $	
• Régularisations - analyse financière		163 663 $		
• Régularisations - autres	825 $		339 214 $	639 $
• Acquisitions d'immobilisations à même les produits d'autres fonds:				
- Fonds d'exploitation - activités principales				13 572 $
- Fonds affectés				6 125 $
• Acquisitions d'immobilisations par des activités régionalisées			227 243 $	
Total des additions	**825 $**	**163 663 $**	**636 670 $**	**20 336 $**
Déductions				
• Excédent des charges d'opération et des dépenses d'immobilisations sur les produits		102 887 $		
• Régularisations - analyse financière	163 663 $			
• Régularisations - autres			459 983 $	9 686 $
Total des déductions	**163 663 $**	**102 887 $**	**459 983 $**	**9 686 $**
Variation de l'exercice	**(162 838 $)**	**60 776 $**	**176 687 $**	**10 650 $**
Solde créditeur (débiteur) - à la fin	**(161 $)**	**379 907 $**	**961 297 $**	**1 103 896 $**

6.4 Les bilans des fonds d'exploitation, des activités régionalisées et d'immobilisations au 31 mars

Bilans	Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées		Fonds d'immobilisations	
	2004	2003	2004	2003	2004	2003
Actif						
• Encaisse	941 767 $	871 279 $		3 282 $		
• Débiteurs	144 762 $	240 859 $	142 640 $	231 692 $		
• Autre éléments	36 548 $	46 559 $	10 834 $			
• Immobilisations			880 743 $	723 938 $	1 103 896 $	1 093 246 $
Total de l'actif	**1 123 077 $**	**1 158 697 $**	**1 034 217 $**	**958 912 $**	**1 103 896 $**	**1 093 246 $**
Passif						
• Découvert de banque			3 753 $	164 211 $		
• Créditeurs et charges à payer	743 331 $	627 123 $	21 283 $	10 091 $		
• Autres éléments		49 766 $	47 884 $			
Total du passif	**743 331 $**	**676 889 $**	**72 920 $**	**174 302 $**		
Solde du fonds	**379 746 $**	**481 808 $**	**961 297 $**	**784 610 $**	**1 103 896 $**	**1 093 246 $**
Total du passif et solde du fonds	**1 123 077 $**	**1 158 697 $**	**1 034 217 $**	**958 912 $**	**1 103 896 $**	**1 093 246 $**

6.5 Les bilans combinés des fonds affectés au 31 mars

Bilans combinés	Fonds affectés	
	2004	2003
Actif		
• Encaisse	5 239 595 $	8 121 342 $
• Débiteurs	32 317 952 $	38 212 493 $
• Autres éléments	263 015 $	973 $
Total de l'actif à court terme	**37 820 562 $**	**46 334 808 $**
À long terme - enveloppes décentralisées des années antérieures	83 110 004 $	88 567 509 $
Total de l'actif	**120 930 566 $**	**134 902 317 $**
Passif		
À court terme		
• Découvert et emprunts de banque	13 789 357 $	17 210 821 $
• Créditeurs et charges à payer	18 391 666 $	21 532 001 $
• Subventions reportées	11 500 $	35 352 $
• Autres éléments		25 200 $
Total du passif à court terme	**32 192 523 $**	**38 803 374 $**
Dette à long terme - enveloppes décentralisées des années antérieures	83 110 004 $	88 567 509 $
Total du passif	**115 302 527 $**	**127 370 883 $**
Solde du fonds	**5 628 039 $**	**7 531 434 $**
Total du passif et solde du fonds	**120 930 566 $**	**134 902 317 $**

6.6 L'état de la provenance et de l'utilisation des fonds affectés pour l'exercice terminé le 31 mars

	Immobilisations de la région	Équipements de la région	Systèmes d'information clientèles	Services préhospitaliers d'urgence	Santé publique	Réorganisation des services	Groupe de médecine familiale	Autres fonds affectés	Total 2004	Total 2003
Solde du fonds au début	**149 291 $**	**914 904 $**	**1 458 807 $**	**1 043 253 $**	**1 106 973 $**	**401 947 $**	**42 244 $**	**2 414 015 $**	**7 531 434 $**	**4 489 204 $**
Augmentations										
• Subventions du Ministère	11 487 274 $	17 788 813 $	22 013 318	5 479 236 $	140 856 $	112 618 $	669 020 $	687 916 $	58 379 051 $	53 013 867 $
• Revenus d'intérêts			77 851 $	25 544 $	30 893 $	6 724 $	5 400 $	63 357 $	209 769 $	166 280 $
• Autres			144 178 $	5 566 577 $	98 089 $	69 512 $	4 618 $	124 451 $	6 007 425 $	8 901 100 $
Total des augmentations	**11 487 274 $**	**17 788 813 $**	**22 235 347 $**	**11 071 357 $**	**269 838 $**	**188 854 $**	**679 038 $**	**875 724 $**	**64 596 245 $**	**62 081 247 $**
Diminutions										
• Attributions et intérêts sur emprunts	11 249 482 $	17 856 475 $			392 262 $	204 320 $		1 276 359 $	30 978 898 $	26 870 481 $
• Contrats à budget				11 055 735 $					11 055 735 $	9 409 848 $
• RTSS - Facturation provinciale			21 982 387 $						21 982 387 $	18 937 694 $
• Autres	76 311 $			992 885 $	301 003 $	208 491 $	592 337 $	311 593 $	2 482 620 $	3 820 994 $
Total des diminutions	**11 325 793 $**	**17 856 475 $**	**21 982 387 $**	**12 048 620 $**	**693 265 $**	**412 811 $**	**592 337 $**	**1 587 952 $**	**66 499 640 $**	**59 039 017 $**
Solde du fonds à la fin	**310 772 $**	**847 242 $**	**1 711 767 $**	**65 990 $**	**683 546 $**	**177 990 $**	**128 945 $**	**1 701 787 $**	**5 628 039 $**	**7 531 434 $**

6.7 L'état d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits pour l'exercice terminé le 31 mars

Enveloppe régionale	2004	2003
• Montant de l'enveloppe inscrit dans le système SBF-R	477 005 489 $	445 304 694 $
• Montant engagé par le Ministère en fonds affectés à la Régie régionale et confirmé à l'enveloppe régionale	6 821 524 $	29 009 810 $
Total	**483 827 013 $**	**474 314 504 $**
Affectation de l'enveloppe régionale		
• Allocations aux établissements	460 271 267 $	433 492 701 $
• Allocations aux organismes communautaires	10 966 193 $	10 026 712 $
• Estimé des comptes à payer pourvus en fin d'exercice	2 991 266 $	1 447 070 $
• Montant des affectations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R	474 228 726 $	444 966 483 $
• Fonds affectés indiqués à la ligne 02 : montant attribué	6 810 024 $	29 009 810 $
• Fonds affectés indiqués à la ligne 02 : montant reporté	11 500 $	0 $
• Autres	2 776 763 $	338 211 $
Total	**483 827 013 $**	**474 314 504 $**
Suivi des comptes à payer non pourvus		
• Solde au 31 mars	0 $	0 $
• Nouveaux comptes à payer non pourvus contractés au cours de l'exercice	0 $	0 $
• Comptes à payer non pourvus au 31 mars liquidés au cours de l'exercice	0 $	0 $
Total	**0 $**	**0 $**

6.8 Les notes aux états financiers

6.8.1 Note 1 – Constitution, objets et changement de nom

L'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie a été constituée le 30 janvier 2004 en vertu de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (L.R.Q., c. A-8.1). Elle succède à la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie. Elle a principalement pour objet de mettre en place, sur son territoire, une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés.

6.8.2 Note 2 - Conventions comptables

Le rapport financier annuel de l'agence a été préparé par la direction, selon les principales conventions comptables décrites ci-dessous pour se conformer aux exigences de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et les conventions émises par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Le rapport financier annuel comprend des montants fondés sur les meilleurs jugements et estimations de la direction de l'Agence. Les conventions

comptables utilisées aux fins de l'établissement du rapport financier annuel s'écartent sensiblement des principes comptables généralement reconnus du Canada dans les cas suivants :

- les immobilisations inscrites dans le fonds d'immobilisation et dans le fonds des activités régionalisées ne sont pas amorties; les paiements de l'exercice pour les immobilisations pour les fonds acquéreurs sont inscrits aux dépenses d'immobilisations. En cas d'aliénation d'immobilisations, le montant du gain ou de la perte est directement imputé au solde du fonds acquéreur pour le fonds d'exploitation et le fonds d'activités régionalisées;

- aucun passif n'est inscrit en date du bilan à titre de vacances, de congés de maladie et d'heures supplémentaires cumulés par les employés;

- les revenus provenant du ministère de la santé et des services sociaux sont comptabilisés sur la base des approbations à l'exception des intérêts. La date limite pour considérer un montant approuvé par le ministère comme revenu eu égard aux dépenses effectuées avant le 1er avril et imputée à une année financière écoulée est la date de confirmation du budget final effectuée après la fin d'exercice;

- de façon générale, un compte à payer n'est inscrit que lorsque les travaux ont été exécutés, les marchandises reçues ou les services rendus. Cependant, dans certaines situations, un compte à payer est inscrit lors de l'autorisation (engagement budgétaire). Il en est ainsi pour l'acquisition et le développement d'immobilisations dans les fonds affectés des immobilisations et des équipements;

- pour le fonds d'exploitation, les revenus spécifiques pour des activités récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent ne sont pas reportés;

- aucun bilan, état des résultats et/ou solde de fonds n'est présenté de façon cumulée pour tous les fonds;

- pour les exercices antérieurs, les contrats de location-acquisition étaient comptabilisés comme des contrats de location-exploitation, s'il y avait lieu;

- les fonds autres que le fonds d'exploitation et le fonds des activités régionalisées ne présentent pas d'état des résultats. Toutes les opérations sont inscrites directement au solde de fonds.

La comptabilité par fonds

L'Agence utilise les principes de la comptabilité par fonds. Voici la description sommaire des principaux fonds :

- le fonds d'exploitation regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires) et les dépenses d'immobilisations qu'elles requièrent ;

- le fonds d'immobilisations cumule les actifs immobilisés acquis par le fonds d'exploitation et les fonds affectés et montre le solde de la dette correspondante;

- le fonds des activités régionalisées regroupe les opérations relatives à sa fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction confiée par les établissements, surtout de sa région. Le financement de ces opérations est assuré principalement par les établissements concernés ;

- les fonds affectés sont constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées ;

- le Fonds de santé au travail regroupe les activités reliées à la mise en application des programmes de santé au travail élaborés par la Commission de la santé et de la sécurité du travail. Le financement du fonds est constitué des subventions de la Commission de la santé et de la sécurité du travail.

L'attribution des subventions

Les attributions aux établissements et organismes sont inscrites lorsqu'elles sont autorisées et que le bénéficiaire a satisfait aux critères d'admissibilité, s'il en est.

L'état des flux de trésorerie

L'état des flux de trésorerie n'est pas présenté car il n'apporterait pas de renseignements supplémentaires utiles pour la compréhension des mouvements de trésorerie durant l'exercice. Les informations sur les flux de trésorerie des fonds d'exploitation et d'immobilisations se retrouvent à la note 3.

L'avoir propre

L'avoir propre est constitué des résultats des activités accessoires et de la partie de l'excédent des revenus sur les dépenses des activités principales des exercices précédents libérée par le ministère. Lorsque les résultats des activités principales se soldent par un excédent des dépenses sur les revenus, ce montant est imputé en totalité à l'avoir propre.

Les immobilisations

Les immobilisations sont inscrites au coût dans le fonds d'immobilisations ou dans le fonds des activités régionalisées. Le coût de l'immobilisation est comptabilisé dans le fonds acquéreur jusqu'à concurrence des paiements de l'exercice.

Les revenus reportés

L'agence comptabilise en fin d'exercice des revenus reportés à des activités spécifiques bien identifiées pour lesquelles les revenus sont approuvés à ces fins, mais pour lesquelles les dépenses et services correspondants demeurent à réaliser et dont le financement ne sera pas autrement pourvu.

Pour le fonds d'exploitation, les revenus reportés découlent des situations suivantes :

- revenu spécifique pour des activités non récurrentes qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent;

- subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers.

Pour le fonds des activités régionalisées, les revenus reportés découlent de revenus spécifiques pour des activités qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent.

Pour les fonds affectés, les subventions reportées proviennent des situations suivantes :

- subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du ministère comme étant accordée pour plusieurs exercices financiers;

- subvention reçue en fin d'exercice financier ou au début de l'exercice financier subséquent et dont la réallocation ne peut être effectuée qu'au cours de l'exercice subséquent;

- subvention accordée pour la première année à un fonds affecté pour des activités dont la programmation n'a pu être déterminée dans l'année;

- subvention à redistribuer aux autres agences et dont la répartition n'est pas connue au 31 mars.

6.8.3 Note 3 – Flux de trésorerie

Les flux de trésorerie des fonds d'exploitation et d'immobilisations qui ne sont pas distinctement présentés au rapport financier annuel sont les suivants :

	2004	2003
▪ Fonds d'exploitation :		
- Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	13 572 $	29 687 $
▪ Fonds des activités régionalisées :		
- Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	227 243 $	200 778 $
▪ Fonds affectés :		
- Acquisition d'immobilisations sur base de liquidités	6 125 $	7 476 $

7. LE CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE DES ADMINISTRATEURS

Le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs porte principalement sur les devoirs et les obligations des membres du conseil d'administration. De plus, les règles relatives à la déclaration des intérêts des administrateurs et le traitement des situations de conflits d'intérêts y sont abordés.

Le code énonce aussi les règles relatives aux assemblées du conseil d'administration, à la confidentialité et aux conflits d'intérêts. Il traite aussi de l'interdiction des pratiques reliées à la rémunération et des obligations des administrateurs après la cessation de leurs fonctions.

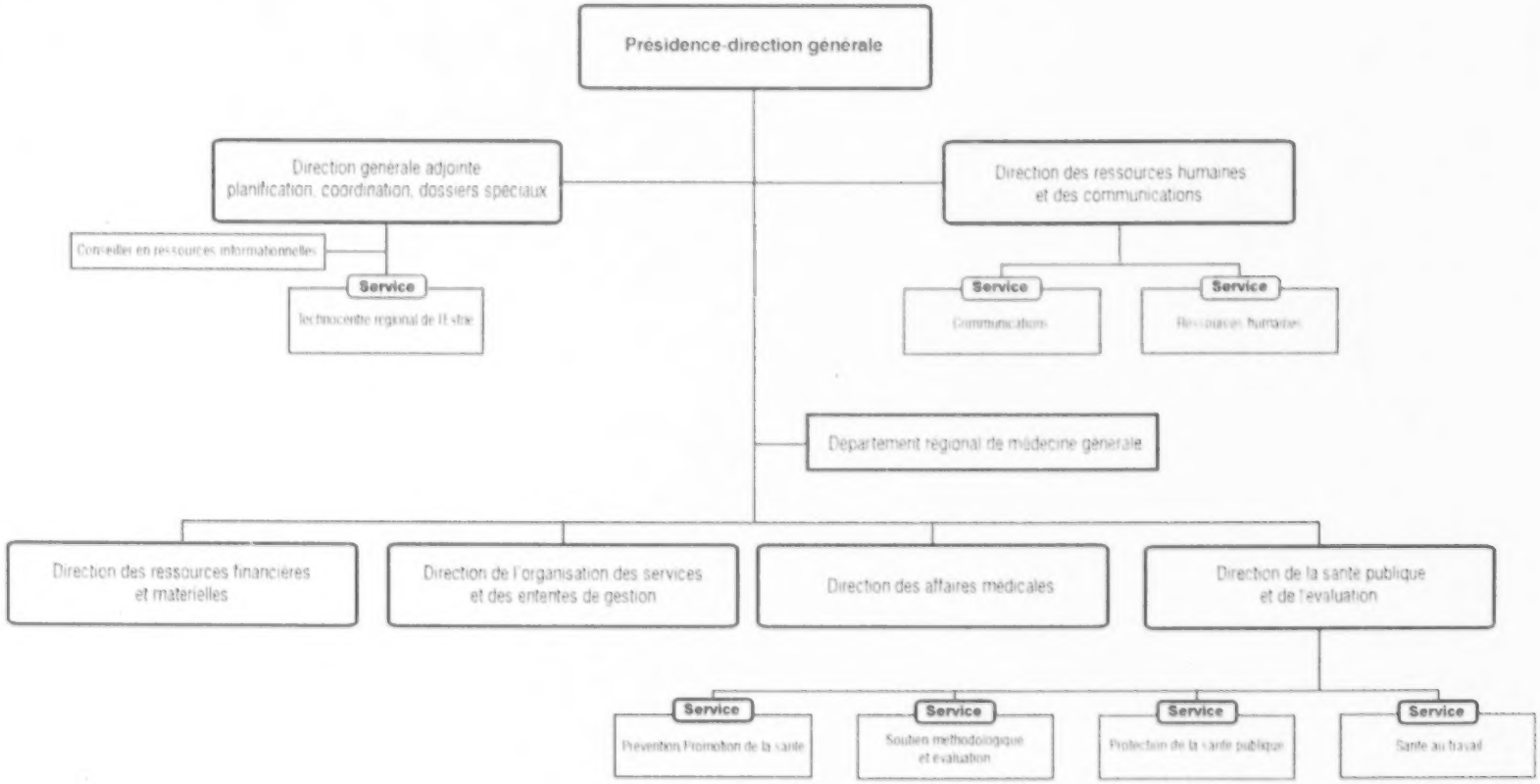
Le conseil d'administration a procédé, en mai 2002, à la révision du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, principalement en ce qui touche les activités politiques des administrateurs et des dirigeants d'organismes publics.

En vertu de l'article 3.0.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif, le conseil d'administration de toute agence doit rendre son code accessible au public et le publier dans son rapport annuel. Le Code d'éthique et de déontologie à l'intention des administrateurs est reproduit à l'annexe 5.

Pour l'année 2003-2004, aucun manquement au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs n'a été signalé.

Les annexes

L'organigramme de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie au 31 mars 2004



L'allocation des ressources financières aux établissements

Résultats des exercices 2003-2004 et 2002-2003

Nom de l'établissement	2003-2004 Revenus	2003-2004 Dépenses	2003-2004 Surplus (déficit) des activités principales	2002-2003 Surplus (déficit) des activités principales
	$	$	$	$
Établissements publics				
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke	241 411 794	250 265 527	(8 853 733)	(5 355 701)
Centre jeunesse de l'Estrie	34 456 812	35 205 156	(748 344)	(346 171)
CLSC - CHSLD du Haut-St-François	13 075 984	13 074 584	1 400	159 547
Centre de santé de la MRC d'Asbestos	16 109 860	16 138 721	(28 861)	(4 842)
Carrefour de la santé et des services sociaux du Val Saint-François	17 548 966	17 490 759	58 207	8 348
Centre d'hébergement et de soins de longue durée Estriade	27 264 485	29 156 529	(1 892 044)	(661 795)
Centre de santé de la MRC de Coaticook	12 401 083	12 303 116	97 967	55 115
Centre de santé Memphrémagog	33 107 248	33 107 248	-	1 664
CLSC de Sherbrooke	28 694 663	30 767 857	(2 073 194)	573
Centre de santé du Granit	22 336 566	22 043 771	292 795	156 322
Centre d'accueil Dixville inc.	5 813 493	5 812 203	1 290	-
Centre de réadaptation Estrie inc.	11 952 829	11 949 327	3 502	11 615
Centre Notre-Dame-de-l'Enfant (Sherbrooke) inc.	11 998 475	11 980 895	17 580	12 310
Le Centre Jean-Patrice-Chiasson / Maison Saint-Georges	3 917 295	3 825 996	91 299	(59 153)
Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke	43 591 497	43 585 431	6 066	10 915
Total partiel	523 681 050	536 707 120	(13 026 070)	(6 011 253)
Établissements privés conventionnés				
Maison Reine-Marie	2 554 191	2 701 124	(146 933)	(32 912)
Villa Marie-Claire	1 209 034	1 177 535	31 499	(9 572)
CHSLD Shermont	4 609 297	4 610 276	(979)	(6 367)
La Maison Blanche de North Hatley	3 277 469	3 198 611	78 858	36 121
Total partiel	11 649 991	11 687 546	(37 555)	(12 730)
Total global	**535 331 041**	**548 394 666**	**(13 063 625)**	**(6 023 983)**

L'allocation des ressources financières aux organismes communautaires

Organismes communautaires	2002-2003 Base annuelle	2003-2004 Base annuelle
Maintien à domicile		
• Aide communautaire de Lennoxville et des environs	146 038 $	149 543 $
• Association d'action bénévole du Granit	162 118 $	166 008 $
• Carrefour du partage de Magog - C.A.B.	103 485 $	105 968 $
• Centre d'action bénévole de la MRC de Coaticook	144 726 $	148 200 $
• Centre d'action bénévole de Windsor	88 364 $	90 485 $
• Centre d'action bénévole du Haut-Saint-François	191 196 $	195 785 $
• Centre d'action bénévole R.H. Rediker	102 938 $	105 409 $
• Centre de bénévolat de Richmond	83 898 $	85 912 $
• Centre de bénévolat Valcourt et région	79 181 $	81 081 $
• L'Alliance sherbrookoise pour l'autonomie à domicile	115 926 $	138 421 $
• La Maison de l'action bénévole de l'Or Blanc	147 283 $	150 818 $
• Parrainage civique de l'Estrie	101 116 $	103 543 $
• Rayon de soleil de l'Estrie	60 933 $	62 395 $
• Réseau d'amis de Sherbrooke et des environs	142 023 $	145 431 $
• Sercovie	170 858 $	200 687 $
• Les Soins palliatifs la Rose des vents de l'Estrie	71 589 $	73 307 $
Total	**1 911 672 $**	**2 002 993 $**
Promotion et services à la communauté		
• A.P.A.M.M.E.	100 776 $	132 996 $
• Aide communautaire de Lennoxville et des environs (pers. âgées)	9 863 $	10 100 $
• Animation Jeunesse Haut-St-François	20 817 $	21 317 $
• Association d'action bénévole du Granit (CAB)	8 525 $	8 730 $
• Association d'action bénévole du Granit (personnes âgées)	8 642 $	8 849 $
• Association de la fibromyalgie de l'Estrie	6 669 $	11 829 $
• Association de la sclérose en plaques de l'Estrie	7 671 $	14 820 $
• Association de parents PANDA de l'Estrie	43 140 $	44 176 $
• Association de Sherbrooke pour la déficience intellectuelle (A.S.D.I.)	33 053 $	52 034 $
• Association de spina-bifida et d'hydrocéphalie de l'Estrie	16 674 $	24 194 $
• Association des accidentés cérébro-vasculaires et traumatisés crâniens Estrie	56 691 $	70 604 $
• Association des diabétiques de l'Estrie	7 718 $	7 904 $
• Association des groupes jeunesse de l'Or Blanc	64 430 $	65 976 $
• Association de parents PANDA de l'Estrie		4 155 $
• Association des personnes handicapées de la MRC de Coaticook	3 257 $	-
• Association des personnes handicapées visuelles de l'Estrie	7 192 $	-
• Association des sourds de l'Estrie	10 005 $	20 608 $
• Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs (A.Q.E.P.A)	2 661 $	21 260 $
• Association du syndrome de Down de l'Estrie	16 674 $	27 833 $
• Association Épilepsie Estrie	10 005 $	18 054 $
• Association québécoise pour les enfants atteints d'audimutité de l'Estrie	10 005 $	34 893 $

Organismes communautaires	2002-2003 Base annuelle	2003-2004 Base annuelle
• Au point 14-18 de Danville	64 430 $	65 976 $
• Azimut-nord	20 817 $	26 317 $
• Banque alimentaire Memphrémagog	24 441 $	30 029 $
• Bureau de référence et d'intervention jeunesse de l'Estrie (Pont BRIJE)	240 547 $	246 320 $
• Carrefour des cuisines collectives de Sherbrooke	40 732 $	41 709 $
• Carrefour du partage de Magog (personnes âgées)	14 381 $	14 726 $
• Centre d'action bénévole de la région Sherbrookoise (CAB)	25 845 $	26 465 $
• Centre d'action bénévole de la région Sherbrookoise	146 914 $	150 440 $
• Centre d'action bénévole de la MRC de Coaticook (CAB)	6 926 $	7 092 $
• Centre d'action bénévole de la MRC de Coaticook (familles)	6 873 $	14 662 $
• Centre d'action bénévole de la MRC de Coaticook (pers. âgées)	3 694 $	3 783 $
• Centre d'action bénévole de Windsor (CAB)	9 590 $	9 820 $
• Centre d'action bénévole de Windsor (aînés)	3 641 $	3 728 $
• Centre d'action bénévole du Haut-Saint-François (CAB)	9 324 $	9 548 $
• Centre d'action bénévole du Haut-Saint-François (pers. âgées)	6 807 $	6 970 $
• Centre d'action bénévole R.H. Rediker (CAB)	8 525 $	8 730 $
• Centre d'action bénévole R.H. Rediker (familles)	12 647 $	15 709 $
• Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel de Sherbrooke (CALACS)	206 409 $	222 682 $
• Centre d'Entraide Plus de l'Estrie	26 677 $	41 317 $
• Centre d'intervention en violence et abus sexuels de l'Estrie (CIVAS) (familles)	6 680 $	6 840 $
• Centre d'intervention en violence et abus sexuels de l'Estrie (CIVAS) (violence)	43 354$	60 394 $
• Centre de bénévolat de Richmond (CAB)	9 190 $	13 710 $
• Centre de bénévolat de Richmond (personnes âgées)	3 394 $	3 475 $
• Centre de bénévolat Valcourt et région inc. (CAB)	8 525 $	8 730 $
• Centre de bénévolat Valcourt et région inc. (personnes âgées)	3 095 $	3 169 $
• Centre de santé des femmes de l'Estrie	63 666 $	83 404 $
• Centre des femmes de la MRC du Granit	75 388 $	85 844 $
• Centre des femmes du Val-Saint-François	75 388 $	94 155 $
• Centre des femmes du Val-Saint-François (familles)	9 798 $	11 033 $
• Centre des femmes La Parolière	75 388 $	87 341 $
• Centre des femmes Lennoxville et environs	75 388 $	84 828 $
• Centre des femmes Memphrémagog	71 929 $	90 239 $
• Centre des jeunes de Lennoxville	64 430 $	65 976 $
• Centre l'Élan	115 012 $	117 772 $
• Centre pour femmes immigrantes de Sherbrooke	75 388 $	80 779 $
• Centre Regroupement Jeunesse de Rock-Forest	59 101 $	60 519 $
• Club Méganti-Jeunesse	47 037 $	-
• Coalition sherbrookoise pour le travail de rue	140 294 $	143 662 $
• Collectif pour le libre choix de Sherbrooke	10 005 $	-
• Conseil des aveugles de Memphrémagog	7 192 $	-
• Corporation jeunesse Memphrémagog	40 987 $	41 972 $
• Cuisines collectives « Bouchée-Double » Memphrémagog	36 054 $	36 919 $
• Élixir	90 572 $	101 121 $
• Espace-Estrie	104 130 $	107 486 $
• Famille Espoir	30 711 $	39 148 $
• Famille Plus	30 711 $	39 148 $

Organismes communautaires	2002-2003 Base annuelle	2003-2004 Base annuelle
• Han-droits	12 694 $	-
• IRIS Estrie	197 392 $	202 129 $
• JEVI Centre de prévention du suicide - Estrie	257 886 $	293 875 $
• L'Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées - (A.Q.D.R.), section Memphrémagog	10 005 $	-
• L'Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées - (A.Q.D.R.), section Sherbrooke	10 005 $	-
• L'Autre-Rive	104 605 $	113 833 $
• L'Ensoleillée - Ressource communautaire en santé mentale	91 291 $	93 432 $
• L'Escale de l'Estrie	400 582 $	476 138 $
• La Bouée Régionale Lac-Mégantic	324 524 $	382 720 $
• La Chaudronnée de l'Estrie inc.	21 310 $	28 490 $
• La Cordée transit de jour	192 776 $	197 402 $
• La Croisée des Sentiers	84 865 $	86 902 $
• La Cuisine Amitié de la MRC d'Asbestos	26 678 $	32 318 $
• La Grande Table		16 000 $
• La Ligue pour l'enfance de l'Estrie	68 945 $	141 610 $
• La Maison Caméléon de l'Estrie	34 168 $	34 988 $
• La Maison de l'action bénévole de l'Or blanc (CAB)	14 417 $	14 763 $
• La Maison de l'action bénévole de l'Or Blanc (familles)	4 061 $	4 158 $
• La Maison de la famille du Granit	33 934 $	45 122 $
• La Maison des jeunes Actimaje	64 430 $	65 976 $
• La Maison des jeunes de Coaticook	64 430 $	65 976 $
• La Maison des jeunes de l'Or Blanc	75 084 $	76 886 $
• La Maison des jeunes de la St-François	85 741 $	87 799 $
• La Maison du Point tournant	51 765 $	53 007 $
• La Méridienne	331 739 $	393 338 $
• La Passerelle de Weedon	75 388 $	89 155 $
• La Société Alzheimer de l'Estrie	38 883 $	39 816 $
• La Source-soleil	237 163 $	252 381 $
• Le Club Étincelles de Bonheur de la MRC du Haut-St-François	22 796 $	34 139 $
• Le Comité de la rélève de Scotstown	8 405 $	8 607 $
• Le Domaine de la sobriété	90 572 $	92 746 $
• Le Rivage du Val-St-François	105 703 $	108 240 $
• Le Seuil de l'Estrie	91 371 $	93 564 $
• Les Fantastiques de Magog	46 697 $	47 807 $
• Les Grands frères et les Grandes soeurs de Sherbrooke	7 193 $	7 367 $
• Les Jeunes du coin d'Ascot	64 430 $	65 976 $
• Les Services d'entraide alimentaire de la MRC du Haut-St-François	10 955 $	23 219 $
• Les Soupapes de la bonne humeur	36 684 $	55 091 $
• Les Tabliers en folie	36 054 $	46 919 $
• Ligue La Lèche de l'Estrie	6 669 $	10 329 $
• Maison de la famille de Sherbrooke	28 235 $	36 912 $
• Maison de la famille Memphrémagog	36 685 $	51 029 $
• Maison des grands parents de Sherbrooke	3 423 $	13 505 $
• Maison des jeunes de Fleurimont		8 000 $
• Maison des jeunes de Waterville «Les Pacifistes»	23 937 $	24 511 $
• Maison des jeunes l'Initiative	64 430 $	65 976 $
• Maison Jeunes-Est	142 078 $	145 488 $
• Moisson-Estrie	32 765 $	33 551 $

Organismes communautaires	2002-2003 Base annuelle	2003-2004 Base annuelle
• Naissance-Renaissance Estrie	43 353 $	63 904 $
• Parrainage civique de l'Estrie (jeunesse)	13 586 $	13 912 $
• PARI Jeunesse	20 707 $	-
• Points Jeunesse du Granit		69 371 $
• Pro-Def Estrie	119 675 $	35 507 $
• Promotion-handicap Sherbrooke	13 297 $	-
• Rayon de soleil de l'Estrie (personnes âgées)	14 553 $	14 902 $
• Regroupement des organismes communautaires (ROC) Estrie	47 778 $	48 925 $
• Regroupement des usagers du transport adapté de Sherbrooke métropolitain	10 005 $	-
• Réseau d'appui aux familles monoparentales de l'Estrie	56 692 $	81 506 $
• Réseau d'amis de Sherbrooke et des environs	3 525 $	3 620 $
• Ressources communautaires en santé mentale l'Éveil	85 023 $	87 064 $
• S.O.S. grossesse Estrie	43 352 $	54 392 $
• S.P.E.C. Tintamarre inc.	117 210 $	128 915 $
• Secours-Amitié (Estrie)	89 587 $	96 406 $
• Séjour la Bonne œuvre	126 419 $	169 876 $
• Sercovie (personnes âgées)	24 608 $	25 199 $
• Service d'aide aux Néo-canadiens	3 997 $	-
• Service d'interprétation pour personnes sourdes de l'Estrie	55 409 $	56 739 $
• Société de l'autisme et du trouble envahissement du développement de l'Estrie (SATED)	3 164 $	21 428 $
• SPOT Jeunesse de Sherbrooke	64 430 $	65 976 $
• Unité DOMREMY d'Asbestos	23 925 $	32 499 $
• Unité DOMREMY Danville-Shipton	16 515 $	16 911 $
• Unité DOMREMY De Windsor	10 656 $	10 912 $
• Virage santé mentale	90 681 $	92 857 $
• Zone libre Memphrémagog	60 289 $	61 736 $
Total	**7 628 774 $**	**8 527 816 $**
Grand total	**9 540 446$**	**10 530 809 $**

Les activités et les services rendus par les organismes communautaires

Secteur d'activités	Nombre d'organismes		Principales interventions
	Reconnus	Subventionnés	
Maintien à domicile	17	16	• Popote roulante • Transport/accompagnement • Gardiennage • Accueil, information et référence • Visites et téléphones amicaux • Travaux ménagers • Aide à la correspondance • Autres
Centres d'action bénévole	11*	10	• Activités de formation et de support aux bénévoles et aux organismes • Service d'information et de référence • Activités de promotion de l'action bénévole • Autres
Centres de femmes et autres ressources pour femmes	8	8	• Accueil, support et référence • Activités de croissance personnelle • Groupes d'entraide • Actions collectives • Hébergement des femmes avec divers problèmes et leurs enfants
Communautés culturelles	Transféré aux MRCI		• Accueil, support et référence • Jumelage à des familles sherbrookoises • Information et accompagnement dans les services • Banque d'interprètes
Déficience intellectuelle et physique	16	14	• Activités d'information et de sensibilisation • Support des personnes handicapées et de leurs proches • Activités d'intégration sociale • Services d'écoute • Accueil et référence • Répit-dépannage

* Dix centres sont aussi comptabilisés dans le secteur « Maintien à domicile ».

Secteur d'activités	Nombre d'organismes		Principales interventions
	Reconnus	Subventionnés	
Famille	13	10	• Activités de promotion de la famille • Accueil, information et référence • Aide individuelle, de couple, familiale et de groupe (médiation) • Activités parents-enfants • Activités de support de rôles parentaux • Entraide • Jumelage adultes-enfants • Répit-parental • Cafés-rencontres, activités sociales • Autres
Jeunesse	27	22	• Activités d'information et d'entraide • Activités de loisirs et culturelles • Lieux de rencontres • Mesures de rechange pour jeunes contrevenants • Ateliers d'animation dans les écoles • Aide individuelle ou de groupe • Accueil et accompagnement • Relation d'aide directe • Information • Activités de prévention • Hébergement • Activités thématiques • Autres
Santé mentale	15	14	• Accueil, information et référence • Relation d'aide individuelle et de groupe • Activités de réadaptation et de réinsertion sociales • Groupe d'entraide • Support aux personnes atteintes et à leurs proches • Défense des droits • Sensibilisation et prévention • Recherche et évaluation • Répit-dépannage/camp d'été • Autres

Secteur d'activités	Nombre d'organismes		Principales interventions
	Reconnus	Subventionnés	
Santé physique	7	7	• Activités de sensibilisation et d'information • Support aux personnes atteintes et à leurs proches • Activités d'intégration sociale • Activités sociales • Activités de prévention • Formation et support des bénévoles • Défense des droits • Écoute téléphonique
Alcoologie et toxicomanie	8	7	• Activités de prévention, de sensibilisation et d'information • Accueil et référence • Relation d'aide individuelle et de groupe • Hébergement • Suivi après cure • Support et accompagnement
Personnes aînées	3	2	• Activités de prévention, de sensibilisation et d'information • Accueil et référence • Promotion des droits
Violence	7	6	• Activités de sensibilisation et d'information • Activités de rencontres de concertation • Rencontres individuelles et de groupe • Accompagnement et support • Hébergement • Suivi post-hébergement • Écoute téléphonique • Service d'urgence 24/7
Personnes démunies	11	10	• Cueillette et distribution de nourriture • Accompagnement et encadrement des groupes de cuisson • Support psychosocial • Activités sociales • Services de gardiennage

Secteur d'activités	Nombre d'organismes		Principales interventions
	Reconnus	Subventionnés	
Divers	3	1	• Accueil, information et écoute • Aide, assistance et accompagnement • Rédaction de plaintes • Rencontres régulières sur des sujets concernant les organismes communautaires • Rencontres et représentations avec les partenaires, en particulier l'Agence

Les fiches de reddition de compte

Fiche de reddition de compte

Axe d'intervention :	**Urgence**

Résultats attendus	Réduire le séjour moyen de la clientèle sur civière
	Réduire la proportion de patients qui demeurent 48 heures ou plus sur des civières
	Réduire le séjour moyen sur civière des personnes admises

Indicateurs	**Cibles 2003-2004**	**Résultats 2003-2004**
Durée moyenne de séjour en heures	12 h	11,8 h
Pourcentage de plus de 48 heures	1 %	3,1 %
Séjour moyen sur civière dans les unités d'urgence en heures (personnes admises)	12 h	17,7 h

Commentaires

Résultats

Voici les points de départ inscrits au tableau de bord de la période 13 :

Durée moyenne de séjour en heures	11,3 heures
Pourcentage de plus de 48 heures	2,6 %
Séjour moyen sur civière dans les unités d'urgence en heures (personnes admises)	16,2 heures

La durée moyenne de séjour a augmenté de 4 %, passant de 11,3 h à 11,8 h. Le pourcentage de séjour de plus de 48 heures a augmenté de ½ point de pourcentage, passant de 2,6 % à 3,1 %. Le séjour moyen des patients admis a, quant à lui, augmenté de 9 %, passant de 16,2 h à 17,7 h.

La cible 2003-2004 de durée moyenne de séjour a été atteinte mais celles du pourcentage des séjours de plus de 48 h et de la durée moyenne de séjour des patients admis ne l'ont pas été.

Discussion

Plusieurs facteurs contribuent à l'augmentation observée en regard des séjours de plus de 48 h et de la durée moyenne de séjours des patients admis sur le territoire de l'Estrie.

Premièrement, la durée de séjour sur civière de l'unité d'urgence du Centre de santé de Coaticook contribue grandement à hausser les résultats obtenus pour la région. Ce centre, n'ayant pas de lits de courte durée, garde longuement sous observation des patients sur les civières de l'unité d'urgence, ce qui lui vaut à lui seul une durée moyenne de séjour sur civière de 21 h.

Deuxièmement, on observe une augmentation de la clientèle sur civières présentant des pathologies multiples ou complexes qui demandent davantage de tests diagnostiques et de soins, ce qui contribue à augmenter le taux des séjours de plus de 48 heures.

Troisièmement, la durée de séjour à l'urgence des patients présentant des troubles mentaux diminue la performance de la région. Le principal problème tient à l'organisation des services régionaux d'urgence psychiatrique au CHUS. Nous devons poursuivre la mise en place de personnel psychiatrique infirmier et psychosocial pour une intervention en situation de crise avec continuité de services avec la communauté.

Enfin, certaines mesures identifiées dans le but de diminuer les durées de séjour n'ont pas été mises en place : programme de santé cardiovasculaire, accessibilité aux plateaux techniques dans les heures défavorables, mesures en santé mentale mentionnées plus haut auxquelles s'ajoute le suivi externe intensif pour les jeunes psychotiques.

Au cours de la prochaine année, les mesures identifiées comme ayant un impact sur la performance des urgences seront mises en place, particulièrement au CHUS Hôtel-Dieu. De plus, la mise à jour prochaine de leur plan d'action aura aussi un impact sur le fonctionnement et l'organisation de cette unité d'urgence. À cet égard, mentionnons, le projet de réorganisation des services d'urgence psychiatrique étroitement relié à un projet de *Service d'évaluation rapide, d'intervention intensive et de liaison* qui a récemment été déposé par le CHUS et qui devrait permettre de corriger la situation. Il faut par ailleurs noter que ce projet est lié au PFT de l'urgence du CHUS.

Finalement, le Centre de santé de Coaticook aura à présenter à l'Agence un plan d'action identifiant les mécanismes à mettre en place afin d'atteindre les cibles de performance quant à son unité d'urgence.

Nom :	Marie-France Fournier	Date :	2004-06-21

Fiche de reddition de compte

Axe d'intervention :	**Chirurgie cardiaque**

Résultats attendus	Réduire le nombre total de personnes en attente
	Réduire le nombre de personnes en attente depuis plus de 3 mois
	Augmenter le nombre de chirurgies cardiaques

Indicateurs	***Cibles 2003-2004***	***Résultats 2003-2004***
Total en attente	Non déterminée	23
3 mois – total hors délais	Non déterminée	12
Nombre de chirurgies	3	468

Commentaires

Résultats

Voici les points de départ 2003 inscrits au tableau de bord de la période 13 :

Total en attente	20
3 mois – total hors délais	3
Nombre de chirurgies	395

Le nombre de chirurgies cardiaques a augmenté de 73 soit une augmentation de 18 % en un an. Le nombre total de patients en attente est demeuré stable, autour de 20, et le nombre de patients hors-délais a augmenté, passant de 3 à 12.

Discussion

Nous observons une augmentation significative de la production jumelée à un maintien du niveau d'attente. L'augmentation de la demande peut expliquer cette situation puisque la production en chirurgie dénote une augmentation appréciable de l'offre.

Bonne performance de l'établissement à ce chapitre.

Nom :	Louise Rivard	Date :	2004-05-27

Fiche de reddition de compte

Axe d'intervention :	**Hémodynamie et angioplastie**

Résultats attendus	Réduire le nombre total de personnes en attente
	Réduire le nombre de personnes en attente depuis plus de 2 mois
	Augmenter le nombre de procédures

Indicateurs	***Cibles 2003-2004***	***Résultats 2003-2004***
Total en attente	Non déterminée	49
2 mois – total hors-délais	Non déterminée	9
Nombre de procédures	Non déterminée	2 635

Commentaires

Résultats

Voici les points de départ inscrits au tableau de bord de la période 13 :

Total en attente	60
2 mois – total hors délais	28
Nombre de procédures	1 364

Le nombre de procédures réalisées a presque doublé, passant de 1 364 à 2 635. Le nombre total de patients en attente a diminué de 11, passant de 60 à 49, de même que le nombre de patients hors-délais qui est passé de 28 à 9.

Discussion

Nous observons une attente en baisse et une augmentation significative de la production. Nous pouvons affirmer que la production et l'accessibilité aux services se sont améliorées. Ces améliorations sont le résultat d'un leadership médical fort ayant engendré plus d'efficience dans l'organisation du service.

Bonne performance d l'établissement à ce chapitre.

Nom :	Louise Rivard	Date :	2004-05-27

Fiche de reddition de compte

Axe d'intervention :	**Radio-oncologie**

Résultats attendus	Réduire le nombre total de personnes en attente
	Réduire le nombre de personnes en attente depuis plus de 3 mois
	Augmenter le nombre de cas traités

Indicateurs	***Cibles 2003-2004***	***Résultats 2003-2004***
Total en attente	Non déterminée	108
8 semaines – total hors-délais	Non déterminée	0
Nombre de patients	Non déterminée	1 232

Commentaires

Résultats

Voici les points de départ inscrits au tableau de bord de la période 13 :

Total en attente	118
8 semaines – total hors délais	17
Nombre de patients	1 304

Le nombre de patients traités a diminué de 6 %, passant de 1 304 à 1 232.

Par ailleurs, cette diminution de la production ne s'est pas accompagnée d'une augmentation de l'attente. Au contraire, en date du 31 mars, aucun patient n'est en attente depuis plus de 8 semaines. L'analyse détaillée révèle que tous les patients en besoin de traitement ont un rendez-vous prévu à l'intérieur de 4 semaines.

Discussion

Cette diminution de la production est due à l'interruption du budget permettant des heures supplémentaires et à certaines réduction d'activités liées à de la construction. Au cours des derniers mois, aucun patient n'a attendu plus de 4 semaines pour recevoir un traitement. L'attente est sous contrôle, ce qui constitue une excellente performance.

Nom :	Marie-France Fournier	Date :	2004-06-21

Fiche de reddition de compte

Axe d'intervention :	**Cataracte**

Résultats attendus	Réduire le nombre total de personnes en attente
	Réduire le nombre de personnes en attente depuis de 6 mois
	Augmenter le nombre de chirurgies

Indicateurs	***Cibles 2003-2004***	***Résultats 2003-2004***
Total en attente	442	418
6 mois – total hors-délais	0	39
Nombre de chirurgies	3 004	2 944

Commentaires

Résultats

Voici les points de départ inscrits au tableau de bord de la période 13 :

Total en attente 479
6 mois – total hors délais 37
Nombre de chirurgies 2 967

La production a diminué de 1 %. Le nombre total de patients en attente a diminué de 61, une diminution de 13 %. Le nombre de patients en attente depuis plus de 6 mois est demeuré stable.

La cible du nombre total de patients en attente a été dépassée. Les cibles de respect des délais cliniquement acceptables et de production établies pour 2003-2004 n'ont pas été atteintes.

Discussion

Le problème d'accessibilité à ce service est toujours présent et un virage doit être entrepris pour le solutionner.

Nom :	Louise Rivard	Date :	2004-05-27

Fiche de reddition de compte

Axe d'intervention :	**Genou**

Résultats attendus	Réduire le nombre total de personnes en attente
	Réduire le nombre de personnes en attente depuis plus de 3 mois
	Augmenter le nombre de chirurgies

Indicateurs	***Cibles 2003-2004***	***Résultats 2003-2004***
Total en attente	26	100
3mois – total hors-délais	0	63
Nombre de chirurgies	160	112

Commentaires

Résultats

Voici les points de départ inscrits au tableau de bord de la période 13 :

Total en attente	76
3 mois – total hors-délais	50
Nombre de chirurgies	110

La production est demeurée stable entre les deux années. Le nombre total de patients en attente est passé de 76 à 100. Le nombre de patients en attente depuis plus de 3 mois est passé de 50 à 63.

Aucune des cibles 2003-2004 n'a été atteinte.

Discussion

Plusieurs facteurs ont contribué à l'augmentation des patients en attente. En premier lieu, des difficultés en regard du maintien des effectifs en anesthésie ont sûrement eu des effets sur les délais d'attente. En deuxième lieu, la disponibilité et l'accessibilité aux salles de chirurgie et aux services ont aussi diminué.

Au cours de l'année, il faudra assurer la mise en place des moyens et des mécanismes d'accès nécessaires puisqu'un virage important s'impose dans ce secteur d'activités.

Nom :	Marie-France Fournier	Date :	2004-06-22

Fiche de reddition de compte

Axe d'intervention :	**Hanches**

Résultats attendus	Réduire le nombre total de personnes en attente
	Réduire le nombre de personnes en attente depuis plus de 3 mois
	Augmenter le nombre de chirurgies

Indicateurs	***Cibles 2003-2004***	***Résultats 2003-2004***
Total en attente	31	52
3mois – total hors-délais	0	30
Nombre de chirurgies	163	112

Commentaires

Résultats

Voici les points de départ inscrits au tableau de bord de la période 13 :

Total en attente 61
3 mois – total hors délais 30
Nombre de chirurgies 133

Le nombre de chirurgies a diminué de 21, passant de 133 à 112, une diminution de 16 %.

Le nombre total de patients en attente a diminué, passant de 61 à 52 mais la cible 2003-2004 n'a pas été atteinte.

Le nombre de patients en attente depuis plus de 3 mois est demeuré stable et la cible n'a pas été atteinte.

Discussion et conclusion

Un virage important s'impose à ce chapitre.

Nom :	Louise Rivard	Date :	2004-05-27

Fiche de reddition de compte

Axe d'intervention :	**Chirurgie d'un jour**

Résultats attendus	Réduire le nombre total de personnes en attente
	Réduire le nombre de personnes en attente depuis plus de 6 mois
	Augmenter le nombre de chirurgies

Indicateurs	***Cibles 2003-2004***	***Résultats 2003-2004***
Total en attente	2 052	3 547
6 mois -- total hors-délais	727	1 088
Nombre de chirurgies	11 225	12 890

Commentaires

Résultats

N. B. Les cibles ont été ajustées pour tenir compte des données MedÉcho 2003-2004 auxquelles ont été ajoutées les cibles d'augmentation en cataracte pour 2003-2004.

Voici les points de départ inscrits au tableau de bord de la période 13 :

Total en attente 2 592
6 mois – total hors délais 1 267
Nombre de chirurgies 10 648

Nous observons une amélioration de la production en chirurgie d'un jour. Il avait été convenu d'augmenter de 577 le nombre de chirurgies d'un jour. Dans les faits, 2 242 chirurgies supplémentaires ont été réalisées, soit une augmentation de 21 % par rapport au volume d'activités 2002-2003 et un dépassement de 15 % de la cible convenue au début de l'année, soit 1 665 CDJ supplémentaires.

Malgré cette augmentation de la production, le nombre total de patients en attente a augmenté, de même que le nombre de patients en attente depuis plus de 6 mois.

Discussion

Nous observons que, dans l'ensemble, la performance est bonne. Certains facteurs ont contribué à ces bons résultats dont, entre autres, l'ouverture de nouvelles salles, favorisant une meilleure accessibilité pour les chirurgies d'un jour.

En regard de l'attente, il est pertinent de souligner que 60 % des patients en attente depuis plus de 6 mois attendent pour de la plastie et de l'urologie.

Il est raisonnable de déduire de ces résultats que l'augmentation de la demande dépasse l'augmentation de la production, ce qui explique l'augmentation de l'attente.

Nom :	Marie-France Fournier	Date :	2004-06-22

Fiche de reddition de compte

Axe d'intervention :	**Chirurgie avec hospitalisation**

Résultats attendus	Réduire le nombre total de personnes en attente
	Réduire le nombre de personnes en attente depuis plus de 6 mois
	Augmenter le nombre de chirurgies

Indicateurs	***Cibles 2003-2004***	***Résultats 2003-2004***
Total en attente	923	1 278
6 mois – total hors délais	160	422
Nombre de chirurgies	8 953	8 543

Commentaires

Résultats

Voici les points de départ inscrits au tableau de bord de la période 13 :

Total en attente 1 025
6 mois – total hors délais 262
Nombre de chirurgie 8 768

La production a diminué de 3 %, soit 225 chirurgies de moins.

Le nombre de patients en attente a augmenté de 25 %, soit une augmentation de 253 patients.

Finalement, le nombre de patients en attente depuis plus de 6 mois a augmenté de 160, soit une augmentation de 61 %.

Les cibles n'ont pas été atteintes et la situation s'est détériorée entre les deux années.

Discussion

La détérioration de la situation entre les deux années est due à un achalandage accru à l'urgence, jumelé à une congestion des lits en médecine. Résultat : diminution de l'accès à la chirurgie avec hospitalisation et réduction de la production.

Nom :	Louise Rivard	Date :	2004-05-27

Fiche de reddition de compte

Axe d'intervention :	**Troubles envahissants du développement**

Résultats attendus	Augmenter le nombre d'enfants recevant des services d'intervention comportementale intensive
	Augmenter le nombre d'heures de services d'intervention comportementale intensive aux enfants de moins de six ans
	Augmenter le nombre d'enfants recevant des services de soutien
	Augmenter le montants versés aux familles
	Augmenter le nombre d'adultes recevant des services spécialisés

Indicateurs	***Cibles 2003-2004***	***Résultats 2003-2004***
Nombre total d'enfants différents ayant reçu des services d'intervention comportementale intensive depuis le début de l'année	4	6
Nombre moyen d'heures de services d'intervention comportementale intensive reçu par enfant de moins de six ans au cours de l'année (au cours de la 13e période)	20	18
Nombre d'enfants différents recevant des services de soutien depuis le début de l'année	24	74
Montants versés aux familles	53 741 $	66 099 $
Nombre d'adultes différents recevant des services spécialisés depuis le début de l'année	24	29

Commentaires

Résultats

Voici les points de départ inscrits au tableau de bord de la période 13 :

Nombre total d'enfants différents ayant reçu des services d'intervention comportementale intensive depuis le début de l'année	0
Nombre moyen d'heures de services d'intervention comportementale intensive reçu par enfant de moins de six ans au cours de l'année	20
Nombre d'enfants différents recevant des services de soutien depuis le début de l'année	13
Montants verses aux familles	53 741 $
Nombre d'adultes recevant des services spécialisés	22

Le nombre d'enfants desservis est passé de 0 à 6 entre le début et la fin de l'année. L'intensité de l'intervention a été de 18 heures par semaine au cours de la treizième période. Au total, 1004 heures de services ont été offerts en 2003-2004.

Des services de soutien ont été offerts à 74 enfants d'âge scolaire, soit 61 enfants de plus que l'an dernier.

Le montant total versé au famille a été supérieur à celui alloué aux établissements, soit 66 099 $ plutôt que 53 741 $.

Le nombre d'adultes différents desservis est passé de 22 à 29, soit une augmentation de 7 et ce, pour l'ensemble des programmes spécialisés.

Quatre des cinq cibles ont été atteintes et dépassées :

- le nombre d'enfants ayant reçu des services d'intervention comportementale intensive;
- le nombre d'enfants ayant reçu des services de soutien;
- les montants versés aux familles;
- le nombre d'adultes ayant reçu des services spécialisés.

Discussion

Ici

- Suite aux consignes transmises verbalement par M. André Bastien du MSSS, la reddition de compte porte uniquement sur les enfants ayant reçu du CRDI de l'Estrie un programme de type ABA ou ICI. Ceci exclut le travail effectué par le département de pédopsychiatrie qui offre un autre type de programme et qui déclarait ces activités dans GESTRED sous la colonne « autre ». Cette décision nous a amenés à modifier le point de départ inscrit au bilan de la période 13. Le point de départ est passé de 10 à 0 car les 10 enfants n'étaient pas inscrits dans un programme de type ABA ou ICI.
- En ce qui a trait à l'intervention comportementale intensive (ICI), il n'a pas été possible d'atteindre l'objectif visé de 20 heures dans un contexte d'implantation de nouvelles pratiques impliquant la mise en place d'une nouvelle offre de services et la formation du personnel concerné. L'objectif devrait être atteint au début de la prochaine année.
- Il y a nécessité de préciser la méthode de calcul pour déterminer un nombre hebdomadaire moyen d'heures par enfant. Dans Gestred, les établissements indiquaient le nombre d'enfants selon différents intervalles d'heures alors que le nombre d'heures totales a ensuite été demandé.

Services de soutien

- Au sujet du nombre d'enfants d'âge scolaire ayant reçu des services de soutien, des usagers ont pu être comptés deux fois puisque certains d'entre eux pouvaient être desservis simultanément par le CRDI et le CH (services médicaux spécialisés en pédopsychiatrie, services d'ergothérapie, services d'orthophonie).

Montants versés aux familles

- En 2003-2004, la collecte de ces données, à partir d'une autre source, a permis d'établir qu'il y a eu 48 familles bénéficiaires, ce qui correspond à un montant moyen annuel versé de 1 377 $. Par ailleurs, les dépenses effectuées au plan du programme soutien à la famille pour cette clientèle ont dépassé de 12 358 $ le montant total alloué, soit une dépense excédentaire de 23 %.

Services aux adultes

- Concernant les adultes ayant bénéficié de services spécialisés, le nombre identifié comme point de départ dans le bilan produit à la période 12 (n = 12) n'incluait pas la totalité des usagers, mais seulement ceux inscrits au programme soutien à la famille et aux proches du CRDI. Au total, il y aurait eu lieu de calculer d'autres usagers inscrits à d'autres programmes (socioresidentiels et socioprofessionnels) pour un grand total de 22 usagers. Nous apportons la correction dans le bilan de la période 13 et nous en tenons compte dans le calcul de la cible identifiée dans la présente fiche où apparaît le chiffre 24 (22 en 2002-2003 + 2 nouveaux usagers en 2003-2004). La cible a été dépassée.

Nom :	André Brien	Date :	2004-06-21

Fiche de reddition de compte

Axe d'intervention :	**Enfants dysphasiques**

Résultats attendus	Augmenter le nombre de jeunes ayant reçus des services
	Réduire le nombre de jeunes en attente de services

Indicateurs	***Cibles 2003-2004***	***Résultats 2003-2004***
Nombre de jeunes différents ayant reçu des services depuis le début de l'année	318	298
Nombre de jeunes en attente de services à la 13e période	160	173

Commentaires

Résultats

Voici les points de départ inscrits au tableau de bord de la période 13 :

Nombre de jeunes différents ayant reçu des services depuis le début de l'année 268
Nombre de jeunes en attente de services à la 13e période 160

Le nombre d'enfants desservis a augmenté de 30, passant de 268 à 298, soit une augmentation de 11 %. Le nombre d'enfants en attente a également augmenté, passant de 160 à 173.

La cible annualisée du nombre de jeunes desservis n'a pas encore été atteinte. Par ailleurs la cible intermédiaire établie sur la base de la proportion du budget allouée en 2003-2004 a été atteinte (voir discussion).

Prière de noter que le nombre d'enfants inscrits dans GESTRED est de 315 mais que le Centre de réadaptation Estrie nous a informé, dans le cadre de la signature de l'entente de gestion 2004-2005, que 17 des enfants inscrits n'auraient pas du l'être, car ils n'ont bénéficié que d'une intervention ponctuelle.

Discussion

Sur la base de l'allocation 2003-2004, soit 47 118 $ annualisée à 114 923 $, la cible 2003-2004 est atteinte.

Veuillez noter que le rehaussement du nombre additionnel d'usagers desservis a tout juste compensé la réception de nouvelles demandes pour d'autres enfants.

Nom :	André Brien	Date :	2004-06-21

Fiche de reddition de compte

Axe d'intervention :	**Jeunes en difficulté**

Résultats attendus	Réduire la liste d'attente réelle à l'évaluation
	Réduire la liste d'attente à l'application des mesures
	Réduire le taux d'engorgement réel

Indicateurs	***Cibles 2003-2004***	***Résultats 2003-2004***
Liste d'attente réelle à l'évaluation	0	23
Liste d'attente à l'application des mesures	3	68
Taux d'engorgement réel	0,0 %	0,0 %

Commentaires

Résultats

Voici les points de départ inscrits au tableau de bord de la période 13 :

Liste d'attente réelle à l'évaluation	5
Liste d'attente à l'application des mesures	70
Taux d'engorgement réel	0,0 %

Le nombre moyen d'enfants en liste d'attente à l'évaluation a augmenté, passant de 5 à 23. Le nombre moyen de situations en attente à l'application des mesures a diminué de 2, passant de 70 à 68. Le taux d'engorgement est demeuré stable à 0,0 %.

Seule la cible 2003-2004 du taux d'engorgement a été atteinte.

Discussion

Évaluation

L'attente à l'évaluation a été sous contrôle tout au long de l'année 2002-2003, suite à un léger ajout budgétaire et différentes mesures prises pour assurer une meilleure utilisation du personnel dans ce service. Au cours de l'année 2003-2004, la situation s'est soudainement détériorée à la période 8, le nombre moyen de situations en attente par période passant de 11 à la période 7 à 49 à la période 8. Cette augmentation de l'attente résulte de l'effet combiné de départs en congé de maladie et de changements de poste. Le faible nombre de personnes sur les listes de rappel du CJE n'a pas permis de corriger rapidement la situation de sorte que la situation a perduré jusqu'à la fin de l'année.

Application des mesures

En ce qui a trait à la liste d'attente à l'application des mesures, des allocations budgétaires permettant l'embauche de 3 ETC auraient dû permettre d'augmenter de 60 le nombre de prises en charge et réduire en conséquence le nombre de situations en attente de prise en charge. Cet effet ne s'est pas produit en raison d'une décision du conseil d'administration du CJE visant à réviser la charge de travail des intervenants de ce secteur. Le résultat de cette opération a fait passer le nombre moyen de dossiers par intervenant de 23 à 21 de sorte que le nombre total de prises en charge n'a pas augmenté.

Engorgement

Le taux d'engorgement s'est maintenu à 0 % en raison de la mise en place de critères plus précis d'admission en internat et de la diminution des placements en milieu sécuritaire dans le cadre de la LSJPA.

Nom :	Carole Roy	Date :	2004-06-21

Fiche de reddition de compte

Axe d'intervention :	**Femmes victimes de violence**

Résultats attendus	Nombre d'enfants ayant reçu des services d'une intervenante « enfant » dans chacune des maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence
	Augmentation du niveau de financement de base moyen des maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence au Québec
	Augmentation du niveau de financement de base moyen des centres de femmes

Indicateurs	***Cibles 2003-2004***	***Résultats 2003-2004***
Nombre d'enfants différents ayant reçu des services d'une intervenante « enfant » dans chacune des maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence	Non déterminée	58
Augmentation du niveau de financement de base moyen des maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence au Québec	328 768 $	328 768 $
Augmentation du niveau de financement de base moyen des centres de femmes	88 643 $	88 643 $

Commentaires

Résultats

Voici les points de départ inscrits au tableau de bord de la période 13 :

Nombre d'enfants différents ayant reçu des services d'une intervenante « enfant » dans chacune des maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence
Augmentation du niveau de financement de base moyen des maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence au Québec 295
Augmentation du niveau de financement de base moyen des centres de femmes 86

Les niveaux de financement de base des maisons d'hébergement et des centres de femmes ont augmenté tel que prévu à la cible 2003-2004.

Au total, 58 enfants ont reçu les services des intervenantes « enfant » des quatre maisons d'hébergement de l'Estrie. Les données du trimestre 4 indiquaient un nombre moyen d'enfant par trimestre et par maison d'hébergement égal à 10.

Discussion

Les activités auprès des enfants ont débuté en novembre 2003. Une entente est intervenue entre le MSSS et les regroupements provinciaux des maisons d'hébergement reconnaissant un délai dans l'organisation du service des intervenantes-enfants; c'est pourquoi, les relevés ont commencé en novembre 2003.

Nom :	Ginette Noël	Date :	2004-06-21

Fiche de reddition de compte

Axe d'intervention :	**Santé mentale**

Résultats attendus	Augmenter le nombre d'adultes ayant reçu des services de soutien continu ou intensif dans la communauté
	Réduire le nombre de jeunes en attente d'évaluation
	Réduire le nombre de jeunes en attente de traitement en pédopsychiatrie
	Augmenter le nombre de jeunes recevant des services sociaux courants et des services en CLSC pour des problèmes de santé mentale
	Réduire les durées de séjour sur des civières dans les salles d'urgence pour les personnes présentant des problèmes de santé mentale

Indicateurs	***Cibles 2003-2004***	***Résultats 2003-2004***
Nombre d'adultes différents ayant reçu des services de soutien continu ou intensif dans la communauté depuis le début de l'année	1 575	579
Nombre de jeunes en attente d'évaluation	121	303
Nombre de jeunes en attente de traitement en pédopsychiatrie	37	14
Nombre de jeunes différents recevant des services sociaux courants et des services en CLSC pour des problèmes de santé mentale depuis le début de l'année	350	112
Durée moyenne de séjour à la salle d'urgence des personnes présentant un problème de santé mentale	12	20,1

Commentaires

Résultats

Voici les points de départ inscrits au tableau de bord de la période 13 :

Nombre d'adultes différents ayant reçu des services de soutien continu ou intensif dans la communauté depuis le début de l'année	1 500
Nombre de jeunes en attente d'évaluation	243
Nombre de jeunes en attente de traitement en pédopsychiatrie	75
Nombre de jeunes différents recevant des services sociaux courants et des services en CLSC pour des problèmes de santé mentale depuis le début de l'année	308
Durée moyenne de séjour à la salle d'urgence des personnes présentant un problème de santé mentale	19,27

Le nombre d'adultes différents ayant reçu des services intensifs ou continus est très inférieur aux résultats de l'an dernier et aux cibles. Il est impossible de commenter ces résultats dans la mesure où l'établissement desservant le plus de clients – le CHUS - ne peut comptabiliser cette donnée que depuis la période 11.

Le nombre de jeunes en attente d'évaluation en pédopsychiatrie a augmenté de 25 %, passant de 243 à 303 au cours de la dernière année. Par contre, le nombre de jeunes en attente de traitement en pédopsychiatrie a diminué de 81 %, passant de 75 à 14. Quant au nombre de jeunes recevant des services sociaux courants en CLSC depuis le début de l'année, il est passé de 308 à 112, soit une diminution de 64 %.

La durée moyenne de séjour des patients à l'urgence est passée de 19,27 heures à 20,1 heures, soit une augmentation de 2 %.

La seule cible atteinte est celle du nombre d'enfants en attente de traitement en pédopsychiatrie. Les autres cibles n'ont pas été atteintes.

Discussion

Soutien intensif ou continu pour les adultes

D'entrée de jeu, nous pensons avoir surestimé les données de départ qui devraient être révisées, surtout si on tient compte des estimations proposées par l'équipe ministérielle en santé mentale rendues disponibles en mars 2004. Ainsi, la région devrait disposer de 295 places en soutien intensif (100 places/100 000 de population) et de 885 places en soutien continu incluant le soutien intensif aux personnes suicidaires (250 places/100 000 de population). Au total, la cible théorique visée devrait donc être de **1 029** en 2003 pour une population totale de 294 058.

Ceci étant dit, le résultat reste loin de la cible. Voici quelques éléments d'explication :

- 7/12 des sommes ont été dégagées en 2003-2004;

- il faut rester prudents quant à la fiabilité des données colligées. Le CHUS et le CR sont à expérimenter l'utilisation d'un nouveau système d'information clientèle dans leur établissement respectif (les données du CHUS ont été rendues disponibles seulement à partir d'octobre) et des travaux sont en cours pour réviser l'utilisation de la nomenclature I-CLSC par les équipes de base en CLSC;

- de plus, les nouvelles fiches d'indicateurs seront peut-être une occasion de raffiner les informations à recueillir. En effet, pour les MRC périphériques surtout, à cause de l'éloignement, le critère « lieu d'intervention : en présence à domicile ou apparenté » diminue sensiblement le niveau de « l'intensité des services » tel que défini. Un indice de dispersion devrait à notre avis être pris en considération dans l'allocation des ressources de soutien dans la communauté si on maintient la définition actuelle de l'indicateur;

- Finalement, la pression sur les services et le manque de ressources amènent une dilution de l'intensité du soutien dans le milieu. Des travaux sont en cours pour identifier la situation actuelle en Estrie vs les ressources requises selon les ratio intervenant/client optimales pour assurer correctement cette offre de services sur l'ensemble du territoire auprès des clientèles TMSP et des clientèles suicidaires.

Jeunes avec troubles mentaux

Seule la cible relative à l'attente pour traitement en pédopsychiatrie a été atteinte.

Concernant l'attente pour évaluation, on s'active actuellement à examiner les demandes qui arrivent encore directement en pédopsychiatrie via les médecins de famille. Des travaux sont en cours pour trouver des solutions à ce problème de système :

- les médecins sont à convenir d'une hiérarchisation de services (omnipraticiens/pédiatrie/pédopsychiatrie);
- on identifie aussi la nécessité de réserver des AMP pour les omnipraticiens des territoires intéressés à suivre ces clientèles particulièrement vulnérables, avec le support des services spécialisés et des équipes territoriales jeunesse;

- un recrutement de pédopsychiatre qui est incontournable dans la région pour répondre aux missions de services spécialisés de 2e et 3e lignes en plus de la mission universitaire du CHUS;
- un mécanisme de référence à partir de la 1re ligne et de consultation/liaison à mettre en place.

De plus, la mise en place d'une offre de services en santé mentale jeunesse de première ligne dans la région ne se fait pas sans difficultés et prend du temps à s'implanter : nouvelles pratiques professionnelles, recrutement d'intervenants (md, psychologues, infirmières, intervenants de réadaptation) avec profils particuliers, travail interdisciplinaire avec le médical et les services spécialisés, maillage des établissements, entre autres avec le scolaire et le médical, pour assurer la continuité des services. Tout cela en intégration avec les autres services aux jeunes en difficultés.

Ajoutons les problèmes de codification, notamment pour le code 410 (profil santé mentale) qui était jusqu'alors inutilisé en jeunesse pour 6 des 7 CLSC de l'Estrie. Le point de départ reste donc à valider, de même que l'harmonisation de l'utilisation de la nomenclature I-CLSC en jeunesse.

Durées de séjour à l'urgence pour les clientèles santé mentale

Le principal problème tient à l'organisation des services régionaux d'urgence psychiatrique au CHUS. Nous devons poursuivre la mise en place de personnel psychiatrique infirmier et psychosocial pour une intervention en situation de crise avec continuité de services dans la communauté. Un projet de réorganisation des services d'urgence psychiatrique étroitement relié à un projet de *Service d'évaluation rapide, d'intervention intensive et de liaison* a été déposé par le CHUS pour éventuellement corriger la situation. Ce projet est lié au PFT de l'urgence du CHUS.

Nom :	Liane Savard	Date :	2004-06-21

Fiche de reddition de compte

Axe d'intervention :	**Soutien à domicile et hébergement des personnes âgées**

Résultats attendus	Augmenter le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie (PAPA) recevant des services à domicile
	Augmenter le nombre moyen d'intervention à domicile par personne par année en CLSC (PAPA)
	Augmenter le nombre de personnes (autres que PAPA) desservies recevant des services à domicile
	Augmenter le nombre moyen d'intervention à domicile par personne par année en CLSC (autres que PAPA)
	Augmenter le nombre total d'heures travaillées par jour, par personne hébergée, en soins infirmiers et d'assistance
	Augmenter le nombre moyen d'heures travaillées par jour, par personne hébergée, en services professionnels

Indicateurs	***Cibles 2003-2004***	***Résultats 2003-2004***
Nombre de personnes âgées en perte d'autonomie (PAPA) recevant des services à domicile	3 889	7 223
Nombre moyen d'interventions à domicile par personne, par année en CLSC (PAPA)	14	15,8
Nombre de personnes (autres que PAPA) desservies recevant des services à domicile	6 247	11 487
Nombre moyen d'interventions à domicile par personne, par année en CLSC (autres que PAPA).	17,19	17,77
Nombre moyen d'heures travaillées par jour, par personne hébergée, en soins infirmiers et d'assistance	3,03	3,16
Nombre moyen d'heures travaillées par jour, par personne hébergée, en services professionnels	0,24	0,24

Commentaires

Résultats

Voici les points de départ inscrits au tableau de bord de la période 13 :

Nombre de personnes âgées en perte d'autonomie (PAPA) recevant des services à domicile
Nombre moyen d'interventions à domicile par personne par année en CLSC (PAPA)
Nombre de personnes (autres que PAPA) desservies recevant des services à domicile
Nombre moyen d'interventions à domicile par personne, par année en CLSC (autres que PAPA)
Nombre moyen d'heures travaillées par jour, par personne hébergée, en soins infirmiers et d'assistance
Nombre moyen d'heures travaillées par jour, par personne hébergée, en services professionnels

Le nombre de personnes en perte d'autonomie desservies a augmenté de 86 % entre les deux années, passant de 3 806 à 7 223. Le nombre moyen d'interventions est passé de 13 à 15,8, une augmentation de 22 %.

Le nombre de personnes autres que les personnes en perte d'autonomie recevant des services à domicile a augmenté de 5 240 au cours de l'année, soit une augmentation de 84 %. Le nombre moyen d'interventions pour ce groupe de clients s'est accru de moins de ½ point de pourcentage, passant de 17,19 à 17,77.

Quant au nombre moyen d'heures travaillées en soins infirmiers et d'assistance, il a augmenté de 4 %, passant de 3 03 à 3 16. Il s'agit là d'un dépassement de la cible convenue en début d'année. Pour ce qui est du nombre moyen d'heures travaillées en services professionnels, il est quant à lui demeuré stable à 0,24, ce qui correspond à la cible visée.

En conclusion, les cibles relatives à l'hébergement ont été atteintes et une d'elle légèrement dépassée. Par ailleurs, malgré des résultats indiquant que les cibles sont largement dépassées, il est impossible d'affirmer que la production des services à domicile pour les PAPA et les autres que PAPA a augmenté (voir discussion).

Discussion

Papa à domicile

L'importante variation entre les données 2002-2003 et 2003-2004 s'explique d'abord par un changement apporté dans la codification des données dans I-CLSC. En effet, en 2003-2004, quatre CLSC de l'Estrie (MRC du Haut-Saint-François, du Granit, de Memphrémagog et de la Ville de Sherbrooke) ont appliqué le profil 710 à des clientèles dont la perte d'autonomie n'était pas liée au vieillissement (le post-hospitalier en santé physique, la déficience physique à partir de 65 ans). Cette façon de coder entraîne une augmentation artificielle du nombre de clients desservis et du nombre total d'interventions qu'il est difficile de distinguer d'une augmentation réelle de la production.

En 2004-2005, le profil 710 sera appliqué aux personnes présentant un profil gériatrique. Ceci pourra constituer une base de départ à partir de laquelle l'on pourra effectuer des comparaisons dans le futur.

À notre connaissance les pilotes I-CLSC ont exécuté les requêtes tel que demandé. On pourra aussi poursuivre l'analyse à la lumière des résultats de l'extraction de données que la RAMQ effectuera elle-même à partir des banques de données I-CLSC.

Noms :	Linda Dieleman et Denis Beaulieu	Date :	2004-06-21

Le code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Déclaration de principe

Considérant les fonctions des membres du conseil d'administration de la Régie régionale :

- d'identifier les priorités relatives aux besoins de la population de l'Estrie;
- de répartir équitablement les ressources mises à sa disposition;
- d'assurer une organisation des services favorisant l'accessibilité et la continuité;

Considérant la mission de la Régie régionale :

> « La Régie régionale a pour mission d'identifier les besoins de la population et de s'assurer que des conditions favorables et des mesures efficaces assurent la réponse à ces besoins; conformément à la loi, la Régie régionale vise la promotion et l'amélioration de la santé physique et psychosociale de la population estrienne, en tenant compte de l'ensemble des ressources disponibles et en concertation avec tous les partenaires »;

Considérant les valeurs de l'organisation :

- la primauté du citoyen;
- l'équité;
- la transparence;
- la reconnaissance;
- l'utilisation optimale des ressources;

Les membres du conseil d'administration ont adopté le code d'éthique et de déontologie suivant pour régir leurs actions.

Note : Il s'agit du code d'éthique adopté par le conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie, le 8 mai 2002. Lorsque vous lisez « Régie régionale » veuillez comprendre « Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Estrie ».

Devoirs et obligations

- Avant d'entrer en fonction, tout administrateur nommé au conseil d'administration doit s'engager à respecter le présent code d'éthique et de déontologie et signer à cet effet l'annexe 1 du présent code. La notion d'administrateur désigne les membres nommés au conseil d'administration et s'étend au président-directeur général ou à la présidente-directrice générale de la Régie régionale de l'Estrie.

- Les administrateurs doivent agir dans les limites des pouvoirs qui leur sont conférés avec soin, prudence, diligence et compétence, comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté, loyauté, et dans l'intérêt de la Régie régionale et de la population de la région de l'Estrie.

- Les administrateurs doivent avoir le souci d'acquérir les connaissances et de requérir l'information pertinente à la prise de leurs décisions.

- Les administrateurs doivent agir avec loyauté en adhérant aux valeurs de la Régie régionale, en utilisant un langage et un comportement appropriés et en évitant de causer du tort à l'autorité qu'ils représentent.

- Les administrateurs liés à un groupe d'intérêt peuvent le consulter et lui faire rapport, sauf si l'information est jugée confidentielle par le conseil d'administration.

- Les administrateurs doivent éviter de prendre des décisions partisanes.

- Après l'expiration de son mandat, tout administrateur continue de témoigner du respect envers la Régie régionale et son conseil d'administration.

Confidentialité et conflits d'intérêts

- Tout administrateur doit éviter tout conflit d'intérêts ainsi que toute situation susceptible de créer un conflit d'intérêts ou une crainte sérieuse de conflits d'intérêts.

- Chaque administrateur doit poser des gestes dont il peut, lorsqu'il en est tenu, discuter ouvertement et sans réserve en public.

- Aucun administrateur ne doit rechercher, pour lui ou pour son entourage, des avantages personnels ou des privilèges dans l'exercice de ses fonctions.

- Tout administrateur autre que le président-directeur général qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel ou celui du conseil d'administration doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil d'administration et s'abstenir d'y siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a cet intérêt est débattue.

- Après l'expiration de son mandat, tout administrateur doit respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions d'administrateur, et qui avait un caractère confidentiel.

- Avant d'entrer en fonction, tout administrateur doit signer et remettre au conseil d'administration une déclaration d'intérêt conforme à la déclaration qui apparaît à l'annexe 2 du présent code et il doit amender et compléter cette déclaration dès qu'il connaît un élément nouveau qui devrait s'y ajouter.

Activités politiques

- Conformément aux articles 20 à 26 du Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics (L.R.Q., c.M-30, r.01) le président du conseil d'administration ou le premier dirigeant d'un organisme qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le secrétaire général du conseil exécutif.

- Le président du conseil d'administration ou le premier dirigeant d'un organisme qui veut se porter candidat à une charge publique élective doit se démettre de ses fonctions. Il doit alors demander et a droit à un congé non rémunéré à compter du jour où il annonce sa candidature.

Règles relatives aux assemblées

- L'administrateur s'engage à respecter les règlements régissant la procédure des réunions. À ce titre, il reconnaît l'autorité du président dans sa légitimité et reconnaît également la souveraineté de l'assemblée.

- L'administrateur respecte les droits et privilèges des autres administrateurs.

- L'administrateur respecte l'intégrité et la bonne foi de ses collègues; il demandera le huis-clos pour exprimer un doute sur l'intégrité et la bonne foi d'un collègue ou de toute autre personne.

- Dans le cadre d'une assemblée, l'administrateur évite d'afficher sa position par des signes extérieurs. Il attend le moment du débat pour exprimer sa position et conserve une attitude de respect et de dignité face à la présence des différents publics.

- L'administrateur a le droit de faire inscrire nommément sa dissidence au procès-verbal.

- L'administrateur évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation de la Régie régionale et de toutes les personnes qui y œuvrent.

Intégrité

- L'administrateur ne doit pas solliciter, accepter ou exiger d'une personne pour son intérêt, directement ou indirectement, un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout avantage ou considération de nature à compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté.

- L'administrateur ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions.

Application du code

- Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une norme prévu par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction.

- Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président.

- Le président ou le vice-président peut désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie.

- À défaut par le président ou le vice-président de désigner des personnes chargées de faire enquête tel que mentionné au paragraphe 6.3, trois administrateurs peuvent demander au conseil d'administration de désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie.

- L'administrateur qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête.

- Les personnes désignées doivent adresser un rapport au président ou au vice-président du conseil d'administration.

- Le président ou le vice-président, en tenant compte des informations reçues et du rapport d'enquête le cas échéant, peut constituer un comité formé de trois administrateurs qu'il désigne.

- À défaut par le président ou le vice président de constituer le comité mentionné au paragraphe 6.7, trois administrateurs peuvent demander au conseil d'administration de désigner un tel comité formé de trois administrateurs.

- Le comité notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions législatives ou réglementaires ou aux dispositions du code d'éthique et de déontologie. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans les trente jours, fournir par écrit ses observations et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement aux manquements reprochés.

- Sur conclusion que l'administrateur a contrevenu à la loi ou au code d'éthique et de déontologie, le comité recommande aux membres du conseil d'administration d'imposer une sanction à l'administrateur concerné.

- Le conseil d'administration peut imposer toute sanction qu'il juge appropriée, incluant la réprimande, la suspension, la révocation, la déchéance de charge, le remboursement des avantages pécuniaires reçus en cas de conflits d'intérêts, le tout selon la gravité et la nature de la dérogation.

- Toute sanction doit être communiquée par écrit à l'administrateur concerné.

- Les délibérations du président, du vice-président, du comité et du conseil d'administration relatives à l'application du présent titre sont conduites à huis-clos et sont confidentielles. Seules l'existence et la nature de la sanction imposée et le nom de l'administrateur visé pourront être rendues publiques.

- Les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions.

Publicité du code

- La Régie régionale doit rendre accessible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie des administrateurs à toute personne qui en fait la demande.

- Le rapport annuel de la Régie régionale doit faire état :
  - du nombre et de la nature des signalements reçus,
  - du nombre de cas traités et de leur suivi,
  - de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées,
  - des noms des personnes ayant été suspendues, révoquées ou déchues de charge.

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux

Québec
Estrie

300, rue King Est, bureau 300
Sherbrooke (Québec) J1G 1B1